



Conseil ontarien de la qualité
des services de santé



OBSERVATEUR DE LA QUALITÉ

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

RAPPORT ANNUEL 2010 SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

Chaque Ontarienne et chaque Ontarien a sa part de responsabilité dans la qualité du système – et nous espérons que ce rapport vous aidera à mieux comprendre le système de santé public et vous fournira les renseignements dont vous avez besoin pour continuer à oeuvrer pour son amélioration.

Après tout, il s'agit de votre santé et de votre système de santé.

Ce rapport a été préparé
en collaboration avec

ICES Institute for Clinical
Evaluative Sciences

OBSERVATEUR DE LA QUALITÉ :

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION ET SOMMAIRE	
1.1 Résumé	2
1.2 Cadre des attributs	5
Résumés – Secteurs	
1.3 Hôpitaux	6
1.4 Soins à domicile	9
1.5 Soins primaires	10
1.6 Soins de santé de longue durée	12
Résumés – Maladies	
1.7 Maladies cardiovasculaires	14
1.8 Diabète	15
1.9 Cancer	16
1.10 Santé mentale	17
Glossaire	18
2 ACCESSIBLE	
2.1 Temps d'attentes aux services des urgences	20
2.2 Accès aux soins primaires	22
2.3 Temps d'attente pour une intervention chirurgicale et accès aux spécialistes	24
2.4 Accès aux soins de longue durée	30
3 EFFICACE	
3.1 Prescription des traitements adéquats dans les hôpitaux	32
3.2 Gestion des maladies chroniques	34
3.3 Réadmissions	38
3.4 Maintenir l'état de santé des résidents des foyers de soins de longue durée	40
3.5 Maintenir l'état de santé des personnes nécessitant des soins continus complexes	42
3.6 Maintenir l'état de santé des gens nécessitant des soins à domicile	43
3.7 Visites évitables aux urgences	44
4 SÛR	
4.1 Les infections nosocomiales	46
4.2 Événements indésirables	48
4.3 La mortalité hospitalière	50
4.4 La sécurité des médicaments	52
4.5 Éviter les préjudices dans les établissements de soins de longue durée et de soins continus complexes	54
4.6 Éviter les préjudices dans le cadre des soins à domicile et dans la collectivité	56
5 AXÉ SUR LES PATIENTS	
5.1 Expériences vécues par les patients dans les hôpitaux de soins actifs et les services des urgences	58
6 ÉQUITABLE	
6.1 Soins primaires – Accès et efficacité	60
6.2 Mesures de prévention	61
6.3 Maladies évitables en mettant l'accent sur la santé de la population	62
6.4 Des habitudes de vie saines	63
7 EFFICIENT	
7.1 Coût des services prodigués	66
7.2 Les bons services au bon endroit	68
7.3 Éviter les médicaments et les examens inutiles	70
8 ADÉQUATEMENT OUTILLÉ	
8.1 Dépenses totales et optimisation des ressources	72
8.2 Les technologies de l'information	74
8.3 Un milieu de travail sain	76
8.4 Ressources humaines en matière de santé	78
9 INTÉGRÉ	
9.1 Sortie de l'hôpital/Transitions	80
10 CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION	
10.1 Des habitudes de vie saines	82
10.2 Santé de la mère et du nourrisson	84
10.3 Santé sexuelle	86
10.4 Mesures de prévention	88
10.5 Décès et préjudices évitables grâce à la prévention	90
11 ANALYSES DES RLSS	92
Tableaux des RLSS	101
12 EXEMPLES DE RÉUSSITE	
Temps d'attente aux urgences de l'Hôpital Credit Valley	106
Soins primaires prodigués par l'Équipe de santé familiale du district d'Athens	107
Gestion des maladies chroniques par l'Équipe de santé familiale New Vision	108
Réadmissions à l'Hôpital général de North York	109
Infections en milieu hospitalier	110
Réduire le nombre de chutes dans les foyers de soins de longue durée	112
Gérer les autres niveaux de soins (ANS) au Centre de santé Trillium	113
Santé des travailleurs à l'Hôpital Memorial Trafalgar d'Oakville	114
Gestion des cas de santé mentale à Thunder Bay	115
13 Notes en fin d'ouvrage	116
14 Remerciements	120
15 Membres du COQSS	121

1.1

Résumé

En Ontario, nous avons la chance d'avoir un système de santé financé par les deniers publics qui fournit une vaste gamme de services à tous. Pour assurer le bon fonctionnement du système, le gouvernement a créé le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) à titre d'organisme indépendant en 2005 afin de surveiller tous les aspects du système, de rendre des comptes à la population de la province au sujet de la qualité du système et d'encourager les améliorations continues.

Notre cinquième rapport annuel, Observateur de la qualité, examine le système de santé de l'Ontario de manière très critique. Nous soulignons tous les changements, bons ou moins bons, et vous en rendons compte. Mais surtout, nous comparons notre système à ce qui se fait de mieux ailleurs et nous indiquons si la qualité des services est bonne ou si des améliorations s'imposent.

Processus de rédaction du rapport

Le COQSS surveille régulièrement les indicateurs et les sources de données utilisés partout en Ontario, au Canada et dans le monde entier, et collabore avec son Conseil consultatif sur la mesure du rendement pour sélectionner les indicateurs qui doivent être inclus dans le rapport. Les données proviennent de sources qui comprennent les bases des données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de Recensement Canada, d'études internationales du Fonds du Commonwealth, et beaucoup d'autres encore. L'institut de recherche en services de santé nous a aidés à effectuer bon nombre des analyses de données. Des chercheurs, des experts cliniques et des dirigeants en santé ont étudié nos conclusions aux fins d'exhaustivité et de validité.

Composantes clés du rapport de cette année

Couverture élargie des neuf attributs de qualité

Selon les Ontariennes et Ontariens, un système de santé très performant doit présenter les neuf attributs suivants : accessible, efficace, sûr, axé sur les patients, équitable, efficient, intégré, adéquatement outillé, et axé sur la population de la santé. Cette année, nous avons ajouté de nouveaux indicateurs pour améliorer nos connaissances de ces neuf attributs dans tous les secteurs du système de santé, à savoir :

- analyse élargie des jours-lit « autres niveaux de soins » (ANS) dans les hôpitaux;
- plus d'information sur la sécurité et la santé des résidents des foyers de soins de longue durée;
- analyse élargie des infections nosocomiales et des événements indésirables;
- santé de la mère et du nourrisson, santé sexuelle et blessures.
- couverture élargie des troubles de santé mentale, dont suicide, blessures auto-infligées et dépression des résidents des foyers de soins de longue durée et des personnes recevant des soins à domicile.

Présentation compacte

Nous présentons l'ensemble du système de santé sous forme de 32 thèmes pour lesquels nous avons consacré deux pages à chacun d'eux. La plupart des indicateurs comportent un mini-graphique présentant les progrès réalisés ou l'absence de progrès au fil du temps et accompagnée d'une courte description aux fins d'interprétation. L'information sur la façon dont les

indicateurs ont été définis et calculés et des tableaux plus détaillés des données actuelles sont inclus dans l'annexe technique du présent rapport.

Mini-résumés à l'intention des responsables et des membres du personnel dans divers secteurs et de personnes atteintes de troubles divers.

Le rapport comprend des résumés d'une ou deux pages des principales constatations concernant les hôpitaux, foyers de soins de longue durée, soins à domicile et soins primaires, ainsi que des résumés sur les maladies cardiovasculaires, le diabète, la santé mentale et le cancer. Chaque résumé comprend des questions à poser aux responsables ou aux soignants pour les inciter à la réflexion. Un aperçu des principales différences est également inclus pour chaque réseau local d'intégration des services de santé (RLISS).

Analyse des causes fondamentales et idées de changement

Généralement, les rapports publics présentent simplement les résultats des indicateurs et indiquent si ces résultats sont supérieurs ou inférieurs à la moyenne. Cependant, les lecteurs se demandent pourquoi ces problèmes existent et ce qu'on peut faire pour les résoudre. Pour y remédier, nous avons inclus une analyse des causes fondamentales à chaque thème ainsi que des idées d'amélioration associées aux causes fondamentales mentionnées dans la littérature.

Exemples de réussite

Nous avons sélectionné plusieurs exemples de cas ayant fait l'objet d'améliorations, sélectionnant ceux qui comportaient des objectifs précis, des mesures et des idées de changement ainsi que des tableaux indiquant les améliorations considérables réalisées en peu de temps. Ces exemples sont étroitement liés aux constatations clés présentées dans le rapport, afin de montrer qu'il est possible d'améliorer les choses.

Nos principales constatations

Il y a de graves problèmes en ce qui concerne le flux des patients dans le système de santé : de la salle des urgences à l'hôpital au foyer de soins de longue durée. Les patients attendent trop longtemps et il y a gaspillage des ressources au sein du système.

Le temps d'attente pour un lit de soins de longue durée (SLD) est trop long, 105 jours ou plus de trois mois. Pour les personnes qui vivent chez elles, cette attente est de 173 jours (presque six mois). Les temps d'attente ont triplé depuis le printemps 2005.

Les temps d'attente pour les soins de longue durée affectent les hôpitaux, car les personnes de santé fragile qui ne peuvent pas vivre chez elles passent en général 53 jours à l'hôpital en attente d'un placement. En conséquence, à l'heure actuelle, 16 % de tous les lits hospitaliers en Ontario sont occupés par des patients désignés « autre niveau de soins (ANS) » qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés. De fait, chaque augmentation de 3,3 jours du temps moyen passé à attendre à l'hôpital pour un placement dans un foyer de soins de longue durée est associée à une hausse d'un point de pourcentage de la proportion de lits désignés ANS. Non seulement il en résulte un gaspillage des ressources hospitalières, mais cela met aussi les patients en danger, car ils sont soignés par des personnes qui n'ont pas reçu la formation nécessaire pour répondre à leurs besoins. Ce problème s'est aggravé considérablement au cours des trois années précédentes.

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES**

Les temps d'attente pour les patients ANS dans les hôpitaux sont l'un des principaux facteurs qui influent sur les temps d'attente aux services des urgences (SU). Les personnes qui visitent les SU attendent trop longtemps d'être hospitalisées après que la décision de les admettre a été prise, habituellement 3,4 heures. Ces personnes encombrent alors les urgences, ce qui se traduit par de longues attentes pour les personnes nécessitant des soins moins aigus. En 2009, 25 % des patients ont passé beaucoup trop de temps aux SU par rapport à l'objectif recommandé. La plupart des patients ne réussissent pas à voir un médecin dans les délais recommandés par les experts nationaux. Environ 6 % des gens quittent les services des urgences sans voir un médecin, sans doute parce qu'elles sont fatiguées d'attendre. Cet indicateur a atteint son point le plus bas au cours des cinq années précédentes. Globalement, les temps d'attente aux SU en Ontario comptent parmi les pires au monde.

Nous craignons que les problèmes associés au flux des patients aient une incidence indirecte sur les temps d'attente pour des chirurgies. Par ailleurs, les temps d'attente ont diminué pour les chirurgies de la cataracte et les arthroplasties de la hanche et du genou, et sont généralement bons pour les interventions associées aux problèmes cardiovasculaires. Toutefois, en ce qui concerne les chirurgies en général, notre système de santé a de la difficulté à atteindre les objectifs relatifs aux temps d'attente associés aux cas urgents (priorité 2). Par exemple, seulement 53 % des cas de cancer urgents sont traités dans les deux semaines. Nous ne savons pas quelles sont les raisons de ces attentes et reconnaissions que les causes peuvent être multiples et complexes. Toutefois, il convient de souligner que les cas de priorité 2 sont généralement plus complexes et qu'ils peuvent nécessiter l'admission en service de soins intensifs tout de suite après une intervention. Si les hôpitaux ont une capacité très réduite en raison du problème associé aux lits ANS, le traitement de ces cas urgents pourrait en être davantage retardé. L'an dernier, nous avons indiqué qu'un hôpital (Hôpital général de North York) avait réussi à faire en sorte que toutes les chirurgies urgentes soient effectuées en temps voulu en améliorant le processus de prise de rendez-vous, et en trouvant des solutions pour réduire le nombre de lits ANS. Dans ce cas précis, le fait d'avoir résolu ces problèmes de flux a fait une énorme différence.

De nombreuses mesures sont en cours pour améliorer le flux des patients. Les hôpitaux ont mis en place, dans leurs services des urgences, un programme d'amélioration du rendement pour optimiser leurs processus internes et la présentation des rapports sur les temps d'attente, une initiative de rémunération au rendement, ainsi qu'un programme de soins infirmiers pratiquants afin de réduire le nombre de visites aux urgences par les résidents des foyers de soins de longue durée. Toutes ces stratégies sont prometteuses et nous avons l'intention de présenter leurs résultats dans le futur. Toutefois, elles ne viennent pas à bout de l'une des principales causes fondamentales : la longue liste de personnes qui attendent d'être placées dans un foyer de soins de longue durée.

Si cette longue liste est à la source du problème, quelles sont alors les solutions? Dans le rapport de l'an dernier, nous avons parlé de la région de Lethbridge (Alberta) qui applique cette méthode pour réduire le temps d'attente à seulement 28 jours et utilise de ce fait un tiers de lits de soins de longue durée de moins que l'Ontario. Cette région a mis en place différentes options financées par les fonds publics pour les résidences-services où les gens peuvent vivre dans un cadre familial et obtenir au besoin une aide 24 heures sur 24, si leur état nécessite des soins inférieurs à ceux prodigués dans les foyers de soins de longue durée, mais supérieurs à ceux offerts

à domicile. L'Ontario peut appliquer les importantes leçons tirées de cet exemple et d'autres du même genre. Une telle stratégie nécessiterait aussi la mise en place de dispositifs de sécurité et de surveillance pour s'assurer que les soins ainsi prodigués reposent sur les normes les plus strictes qui soient.

Nous constatons des améliorations appréciables au niveau du traitement des maladies cardiovasculaires et quelques signes d'amélioration dans les méthodes de traitement du diabète et d'autres maladies chroniques. Toutefois, il y a encore beaucoup d'améliorations à faire.

Les nouvelles sont bonnes en ce qui concerne les crises cardiaques, puisque, depuis quelques années, on enregistre une baisse graduelle de l'incidence (taux de nouvelles crises cardiaques dans la population) du taux de mortalité et du taux de réadmission à l'hôpital. Pour les angines de poitrine, le taux d'hospitalisation a diminué considérablement : de plus de la moitié au cours des six années précédentes. Pour ce qui est des interventions cardiovasculaires électives, à savoir pontages, angiographies ou interventions coronaires percutanées (pose de ballonnet ou d'endoprothèse vasculaire), environ 95 % de ces cas sont réglés dans les délais cibles, ce qui est excellent. (Comme nous l'avons mentionné antérieurement, il y a encore beaucoup d'améliorations à faire pour les cas les plus urgents.) Cependant, davantage de patients victimes de crises cardiaques suivent le bon traitement [médicaments contre le cholestérol, bêta-bloquants, et inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA)]. En ce qui concerne les insuffisances cardiaques congestives, la bonne nouvelle est que le taux d'admission aux hôpitaux diminue, cependant, les réadmissions sont encore trop nombreuses, le taux de mortalité reste élevé et nous pouvons encore accroître l'utilisation de médicaments fondés sur des données scientifiques.

Pour ce qui est du diabète, nous sommes heureux de constater que les taux de complications graves, comme les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et les amputations, ont commencé à baisser. Beaucoup plus de personnes diabétiques prennent des médicaments indispensables, comme les médicaments contre le cholestérol et les IECA. Toutefois, il y a encore beaucoup d'améliorations à faire. Encore plus de personnes diabétiques devraient utiliser les bons médicaments et beaucoup ne se font pas suivre comme elles le devraient (examen régulier des yeux et des pieds).

Nous sommes également heureux de constater une baisse des admissions dues à l'asthme en Ontario. Toutefois, les taux d'admissions et de réadmissions pour les troubles pulmonaires obstructifs, dont l'emphysème, restent élevés.

Si les améliorations constatées au chapitre des soins sont encourageantes, nous constatons un ralentissement des progrès depuis trois ans au niveau des comportements pouvant donner lieu à des maladies chroniques, à savoir : tabagisme, consommation excessive d'alcool, obésité, inactivité physique et faible consommation de fruits et de légumes. S'il est vrai que les gens qui s'adonnent à de tels comportements nuisibles pour la santé viennent de tous les groupes socioéconomiques, les personnes les plus à risque sont celles dont les revenus sont les moins élevés et qui ont un niveau d'éducation inférieur au secondaire ou vivent dans des zones rurales. De nombreux obstacles empêchent les personnes appartenant à ces groupes d'adopter une bonne hygiène de vie, p. ex., manque d'accès ou d'information sur la manière de s'adonner à des activités physiques peu dispendieuses ou de bien s'alimenter. Il sera important de concevoir des stratégies pour les populations les plus vulnérables afin d'accélérer les progrès au chapitre des maladies chroniques.

1.1

Résumé

De plus, pour améliorer davantage la gestion des maladies chroniques, il faudra aussi que les patients se prennent mieux en charge et instaurer une meilleure coordination et communication entre les soignants ou les établissements. Par exemple, seulement un quart des personnes qui sortent de l'hôpital reçoivent toute l'information dont elles ont besoin, p. ex., les symptômes dangereux à surveiller, quand elles peuvent reprendre leurs activités normales et explications compréhensibles des médicaments à prendre chez soi. Bien trop de médecins disent devoir attendre trop longtemps avant d'obtenir l'information des hôpitaux ou des spécialistes. La résolution de ces problèmes pourrait se traduire par une réduction des taux de readmissions ou d'autres complications.

L'Ontario a fait des progrès considérables au chapitre de la technologie de l'information, notamment en ce qui concerne l'utilisation de dossiers médicaux électroniques (DME) par les médecins en Ontario. Toutefois, nous sommes encore à la traîne d'autres pays pour ce qui est de l'adoption de ces outils et le partage de l'information entre les médecins, les hôpitaux et d'autres établissements, aux fins de création d'un véritable dossier médical électronique, laisse encore beaucoup à désirer.

La proportion de médecins de famille qui utilisent des DME est passée de 26 % en 2007 à 43 % en 2009 grâce aux subventions et au soutien du programme OntarioMD. Il s'agit là de progrès considérables réalisés en peu de temps. Toutefois, nous sommes à la traîne, loin derrière des pays comme le Royaume-Uni, l'Australie et les Pays-Bas où entre 95 % et 99 % des médecins de famille ont mis en place un système de DME. Le fait que tous les médecins n'utilisent pas toutes les fonctions du DME afin d'améliorer la qualité, notamment signalisation d'éventuelles erreurs médicamenteuses ou rappel d'examens, est aussi sujet à préoccupation.

Les fonds consacrés à la technologie de l'information dans tous les secteurs de la santé ont augmenté graduellement, ce qui est aussi encourageant. Les hôpitaux ont fait de gros investissements, notamment dans la capacité d'emmagasinier, d'extraire et de partager les diagnostics par images numériques (p. ex., rayons X). Cependant, seulement neuf pour cent des hôpitaux de la province envoient de l'information par voie électronique à l'extérieur, p. ex., à d'autres hôpitaux, aux médecins ou aux organismes de soins à domicile.

Le terme « dossier médical électronique » (DME) s'entend généralement de systèmes d'information situés au même endroit (p. ex., cabinet médical ou hôpital), alors que « dossier de santé électronique » (DSE) s'entend des systèmes où l'information provenant de plusieurs sources peut être regroupée ou partagée. Il faut insister sur le fait que nous ne pourrons pas bénéficier de la plupart des avantages associés à la technologie de l'information tant que la province ne dotera pas d'un DSE. La mise en place d'un tel dossier de santé électronique se traduira par une réduction du nombre d'examens inutiles attribuables à l'impossibilité d'accéder aux résultats passés, ainsi que par une baisse du taux d'erreurs médicamenteuses attribuables à l'impossibilité de savoir si tous les médicaments sont pris et du taux d'erreurs ou de retards dans la prestation des soins quand un patient consulte un nouveau médecin ou soignant parce que tous les antécédents médicaux ne sont pas disponibles.

Les problèmes d'accès aux soins primaires persistent malgré les investissements considérables effectués au cours des années précédentes.

Environ 7,1 % des Ontariennes et Ontariens n'ont toujours pas de médecin de famille, soit environ 730 000 personnes. Environ la moitié de ces personnes souhaiteraient avoir un médecin de famille, mais n'en trouve pas. En ce qui concerne celles qui ont un médecin de famille, 50 % seulement peuvent voir leur médecin le même jour ou le jour suivant en cas de maladie. Comparativement à 10 autres pays, l'Ontario et le Canada enregistrent les pires résultats au chapitre de l'accès en temps voulu aux soins primaires. Près de neuf Ontariens sur 10 disent devoir attendre trop longtemps avant de voir leur médecin et ces résultats ont empiré au cours des trois années précédentes.

Cette absence d'amélioration au chapitre de l'accès nous rend perplexes, car, dans le même temps, le nombre de professionnels de la santé ne cesse d'augmenter. Au cours des six années précédentes, le nombre de médecins de famille par habitant s'est accru de 6,2 % et celui d'infirmières et infirmiers praticiens a augmenté de 82 %. De plus, des investissements considérables ont été effectués dans la formation d'autres professionnels de la santé, comme les pharmaciens, les sages-femmes et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Depuis 2005, l'Ontario a créé 150 équipes de santé familiale qui prodiguent des soins interdisciplinaires et a prolongé les heures de travail afin d'améliorer l'accès aux services.

Pourquoi, alors, l'accès ne s'est-il pas amélioré? Nous n'aurons pas les réponses exactes tant que nous n'aurons pas plus de détails, p. ex., les résultats imminents d'une étude indépendante de l'initiative de création des équipes de santé familiale. Cette absence d'amélioration pourrait s'expliquer par le fait que, même s'il est important d'accroître les effectifs et de créer des équipes, cela ne signifie pas nécessairement que le rendement des équipes s'améliorera aussi bien qu'il le devrait ou que les professionnels de la santé exercent pleinement leur champ d'activité. Il faudra organiser les horaires des cabinets de soins primaires, le déroulement du travail et l'attribution des tâches aux membres de l'équipe de façon à optimiser l'efficience, à réduire les pertes de temps et à améliorer la qualité des soins. Nous décrivons la façon dont deux cabinets de soins primaires ont réussi à réduire les temps d'attente à un taux de presque zéro et à améliorer considérablement la gestion des maladies chroniques grâce aux ressources qu'ils possédaient déjà. Nous ne voyons pas pourquoi ces réussites ne devraient pas se répéter partout dans la province.

Malgré les progrès réalisés pour réduire les infections nosocomiales, il y a encore d'énormes améliorations à faire.

D'un autre côté, l'Ontario devance les autres provinces au chapitre des rapports sur les taux d'infections nosocomiales. Les taux d'infection à *C. difficile* ont diminué graduellement au cours de l'année écoulée. Cependant, les taux d'observation des pratiques d'hygiène des mains sont encore beaucoup trop bas, car, à l'heure actuelle, seulement 53 % des professionnels de la santé se lavent les mains avant de voir un patient. Les infections comme les pneumonies acquises sous ventilateur ou associées à la présence d'un cathéter central continuent de se produire dans nos hôpitaux. Ces infections sont associées à des taux de mortalité élevés; toutefois, bon nombre d'établissements nord-américains et ontariens de premier plan les ont éliminées en adoptant des pratiques rigoureuses de prévention des infections. Nous ne voyons pas pourquoi tous les hôpitaux ontariens ne pourraient pas en faire de même. Pour ce faire, les conseils d'administration des hôpitaux et les RLISS devront faire preuve de grande fermeté afin d'obliger leurs organismes à modifier leurs façons de faire et à instaurer une culture de sécurité.

1.2

Cadre des attributs

Les attributs d'un système de santé très performant

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

LA POPULATION ONTARIENNE SOUHAITE QUE
LE RÉSEAU DE SANTÉ SOIT :

ACCESIBLE

On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur. Par exemple, lorsqu'un examen particulier est nécessaire, vous devriez pouvoir le subir quand il est nécessaire et sans qu'il ne vous occasionne encore plus de pressions et de contrariétés. Si vous souffrez d'une maladie chronique, comme le diabète ou l'asthme, vous devriez pouvoir la gérer et éviter ainsi des problèmes plus graves.

EFFICACE

On devrait nous prodiguer des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles. Par exemple, votre médecin (ou votre fournisseur de soins de santé) devrait connaître les traitements éprouvés pour vos besoins particuliers, y compris les meilleures façons de coordonner les soins, de prévenir la maladie ou de mettre la technologie à profit.

SÛR

On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs lorsqu'on se fait soigner. Par exemple, on devrait prendre des mesures afin de diminuer les risques de chutes des aînés dans les maisons de soins infirmiers. Il devrait y avoir des systèmes en place afin d'éviter qu'on vous donne un mauvais médicament ou une mauvaise dose.

AXÉ SUR LE PATIENT

Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier. Par exemple, les soins devraient être prodigués dans le respect de votre dignité et de votre intimité. Vous devriez pouvoir choisir vos soins en tenant compte de vos besoins religieux, culturels et linguistiques et de votre situation.

ÉQUITABLE

On devrait tous bénéficier de la même qualité de soins, peu importe qui on est et où on habite. Par exemple, si vous ne parlez pas l'anglais ou le français, ça peut vous être difficile de vous renseigner sur les services de santé qu'il vous faut et d'obtenir ces services. Cela peut être également difficile pour les personnes qui sont défavorisées ou moins instruites ou qui habitent dans de petites collectivités ou dans des régions éloignées. Il faut parfois une aide supplémentaire afin de veiller à ce que tout le monde puisse se faire soigner comme il se doit.

EFFICIENT

On devrait constamment être à l'affût de moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé. Par exemple, afin de vous éviter d'avoir à répéter des examens ou à attendre que les rapports soient acheminés d'un médecin à l'autre, tous vos médecins devraient avoir accès aux renseignements sur votre santé au moyen d'un système informatique sécurisé.

ADÉQUATEMENT OUTILLÉ

Le système de soins de santé devrait compter suffisamment de professionnels compétents, de fonds, d'informations, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens. Par exemple, en vieillissant, les problèmes de santé se font plus nombreux. Cela signifie qu'il y aura un plus grand besoin pour des appareils, des médecins, du personnel infirmier et d'autres intervenants spécialisés afin de prodiguer de bons soins. Un système de santé de grande qualité se doit d'être planifié et préparé en conséquence.

INTEGRÉ

Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité. Par exemple, si vous avez besoin d'une intervention chirurgicale importante, votre prise en charge devrait être coordonnée afin de faciliter le transport de l'hôpital au service de réadaptation et de soins dont vous aurez besoin après votre retour au domicile.

CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens.

1.3 Hôpitaux de soins actifs

Résumé pour les conseils, chefs de la direction, hauts dirigeants et chefs cliniques

Sujet	Facteurs clés	Questions à poser au conseil d'administration, aux hauts dirigeants et au comité de la qualité
1. ANS (section 7.2)	<ul style="list-style-type: none"> Seize pour cent des lits sont occupés par des personnes nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS); le problème s'est aggravé au cours des trois années précédentes. 	<ul style="list-style-type: none"> La planification des congés des patients se fait-elle rapidement? Identifions-nous les personnes les plus susceptibles de devenir des patients ANS? Identifions-nous assez rapidement les personnes à risque élevé nécessitant d'autres niveaux de soins (p. ex., même lorsqu'elles se présentent aux SU pour la première fois)? Classons-nous hâtivement les personnes dans la catégorie de celles ayant besoin de soins de longue durée, avant même qu'elles aient le temps de se remettre? Utilisons-nous des outils de gestion pour décider de manière objective quand une personne peut quitter l'hôpital? Nos patients ANS ont-ils vraiment besoin d'un lit de soins de longue durée ou d'un logement supervisé? Dans le deuxième cas, collaborons-nous avec d'autres organismes pour assurer que ces ressources sont disponibles dans notre localité? Avons-nous, parmi nos patients, des personnes âgées ou de santé fragile dont les besoins n'ont pas encore été évalués par un CASC?
2. Temps d'attente aux SU (section 2.1)	<ul style="list-style-type: none"> Malgré les nombreux efforts pour réduire les temps d'attente, il n'y a pas eu encore d'amélioration et nous n'atteignons toujours pas les objectifs. Environ 25 % des gens passent plus de temps aux SU que nécessaire. Six Ontariens sur 100 qui se rendent aux SU s'en vont sans avoir vu un médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> Avons-nous étudié les divers moyens d'améliorer le flux des patients aux urgences (p. ex., zones de soins rapides, meilleur agencement, sièges pour les patients nécessitant des soins actifs, aménagement des horaires aux urgences, étalement des interventions chirurgicales électives et non urgentes dans la semaine, systèmes de suivi des patients et des résultats, etc.) Plaçons-nous les patients ne nécessitant pas une hospitalisation au bon endroit le plus rapidement possible? (voir ci-dessus) Orientons-nous les personnes qui utilisent les SU en premier recours vers les services dont elles ont réellement besoin et qui réduiront les risques de retour aux urgences (p. ex., patients atteints de troubles psychiatriques et personnes sans médecin de famille)?
3. Temps d'attente pour les chirurgies et les tomodensitogrammes/IRM (section 2.3)	<ul style="list-style-type: none"> Les temps d'attente sont bons pour les chirurgies de la cataracte et cardiovasculaires et se sont améliorés pour les arthroplasties de la hanche et du genou, mais il y a encore des améliorations à faire. Les domaines où les besoins sont les plus urgents (priorité 2) sont toutes les chirurgies et les tomodensitogrammes/IRM (50 % des chirurgies urgentes du cancer ne sont pas réalisées dans les délais recommandés). Les temps d'attente pour les tomodensitogrammes/IRM sont encore trop longs, seulement un tiers des IRM sont effectuées en temps voulu, même si le nombre d'appareils a doublé au cours des six années précédentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Que faisons-nous pour assurer que le processus tout entier de prise de rendez-vous se fait de manière cohérente et sans délai? Évaluons-nous l'offre et la demande et savons-nous si elles sont équilibrées? Avons-nous déjà effectué des opérations éclair pour éliminer les listes d'attente? Pour les cas urgents, quelles sont les causes fondamentales des retards : mauvaise organisation, absence de processus normalisés, absence de lits soins intensifs ou d'autres lits? (dans le deuxième cas, voir les stratégies sous ANS) Tomodensitogrammes/IRM : avons-nous bien étudié l'utilité des examens effectués? Utilisons-nous de nouveaux outils pour y parvenir (p. ex., échelles de qualité)?

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES**

Sujet	Facteurs clés	Questions à poser au conseil d'administration, aux hauts dirigeants et au comité de la qualité
4. Sécurité – infections acquises en milieu hospitalier et ailleurs (sections 4.1, 4.2 et 4.3)	<ul style="list-style-type: none"> Les ratios normalisés de mortalité hospitalière (RNMH) ont chuté pour la deuxième année de suite. 71 % des hôpitaux ont enregistré une baisse de leur RNMH au cours de l'année précédente. Le taux de mortalité hospitalière due aux crises cardiaques et aux AVC a aussi diminué. Les taux d'infection à <i>C. difficile</i> ont diminué au cours de l'année précédente, toutefois, il y a encore des améliorations à faire. L'hygiène des mains pose toujours problème, seulement la moitié des soignants se lèvent les mains correctement. Les pneumonies acquises sous ventilateur et les infections associées à la présence d'un cathéter central continuent de se produire dans les unités de soins intensifs. Il y a des améliorations à faire puisque beaucoup d'hôpitaux ont éliminé ces incidents complètement. Un patient opéré sur 200 continue d'avoir des caillots de sang constituant un danger de mort. Il n'y a pas eu d'amélioration et nous pouvons faire mieux. 	<ul style="list-style-type: none"> Avons-nous mis en place des systèmes appropriés de surveillance et de signalisation des incidents? Utilisons-nous régulièrement des listes de vérification, des séries de procédures normalisées ou des protocoles pour réduire au minimum le recours à la mémoire? Suivons-nous des pratiques exemplaires pour le nettoyage des lieux, l'hygiène des mains et la prévention des infections? Que faisons-nous pour assurer que tous les membres du personnel et les médecins utilisent des techniques appropriées d'hygiène des mains (documents d'information, emplacement approprié de postes de lavage des mains et de lotions désinfectantes, vérification des façons de procéder et commentaires au personnel)? Avons-nous désigné un médecin pour préconiser les pratiques de prévention des infections? Favorisons-nous et évaluons-nous une culture de sécurité dans notre hôpital? Les gens se sentent-ils libres de parler en cas de problème de sécurité? Encourageons-nous les patients à poser des questions sur la sécurité? Informons-nous les patients sur leur rôle dans le domaine de la sécurité? Avons-nous envisagé d'utiliser des séries de procédures et des protocoles automatisés tout en veillant à l'observation des méthodes par le biais des processus de délivrance de titres et certificats aux médecins? Si vous avez recours à des sous-traitants pour l'entretien et le nettoyage, le contrat comporte-t-il des normes de sécurité et comment ces normes sont-elles respectées? Avons-nous mis en place des systèmes TI pour rappeler aux médecins les protocoles et plans de traitement normalisés ou vérifier si les lignes directrices sont respectées? Informons-nous les patients et les familles sur l'importance d'obtenir et de prendre leurs médicaments? Utilisons-nous des listes de vérification ou des séries de procédures normalisées au moment de l'admission ou de la sortie?
5. Efficacité/ pratiques fondées sur des données scientifiques (section 3.1)	<ul style="list-style-type: none"> On constate une hausse du nombre de patients qui obtiennent des médicaments à la sortie de l'hôpital, en particulier, 86 % des patients ayant subi un IAM reçoivent des statines à leur sortie. Si on fait en sorte que les patients reçoivent les bons médicaments à leur sortie de l'hôpital, on contribuera à réduire les taux de réadmission. 	
6. Axé sur les patients/ sortie, distribution (sections 5.1 et 9.1)	<ul style="list-style-type: none"> Un patient sur trois quitte l'hôpital ou les SU sans avoir reçu les renseignements nécessaires; il y a des améliorations à faire. L'Ontario est à la traîne de la plupart des pays en ce qui concerne l'envoi en temps voulu des résumés de sortie aux médecins de famille. 	<ul style="list-style-type: none"> À quelle vitesse transmettons-nous les résumés de sortie aux médecins de famille? Remettons-nous des instructions par écrit à tous les patients lorsqu'ils sortent de l'hôpital (symptômes à surveiller, qui appeler, etc.)? Vérifions-nous si les patients comprennent le traitement à suivre après leur sortie? Avons-nous vérifié si des soins de suivi ont été organisés pour tous les patients qui retournent chez eux?

1.3

Hôpitaux de soins actifs

Sujet	Facteurs clés	Questions à poser au conseil d'administration, aux hauts dirigeants et au comité de la qualité
7. Readmissions (section 3.3)	<ul style="list-style-type: none"> Les taux de réadmission ont diminué pour les crises cardiaques, les insuffisances cardiaques congestives et l'asthme au cours des années précédentes, mais il y a encore des améliorations à faire. Les troubles pour lesquels on enregistre le plus de réadmissions sont les insuffisantes cardiaques congestives et les maladies respiratoires obstructives. 	<ul style="list-style-type: none"> Pour éviter que leur état ne se détériore ou réduire les risques de réadmission, vérifions-nous si les patients ont tous les renseignements dont ils ont besoin lorsqu'ils retournent chez eux? (voir les points 5 et 6 ci-dessus) Vérifions-nous si les patients ont reçu les bons médicaments et le bon traitement lorsqu'ils retournent chez eux? (voir le point 5 ci-dessus)
8. Adoption du dossier de santé électronique (section 8.2)	<ul style="list-style-type: none"> Nous avons fait des progrès en ce qui concerne l'adoption de la TI dans les hôpitaux, mais il y a encore des améliorations à faire. Les hôpitaux ont fait beaucoup d'améliorations, p. ex., en ce qui concerne leur capacité d'emmagasinier et d'extraire des diagnostics par images numériques, dont les radiographies. L'Ontario est à la traîne dernière les États-Unis au chapitre de l'adoption des dossiers médicaux électroniques, seulement 50 % des hôpitaux ont des dossiers électroniques pour les patients et moins de un hôpital sur 10 envoie l'information par voie électronique aux médecins et aux organismes de soins à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> Les médecins sont-ils favorables à l'adoption de la technologie de l'information? Qui sont ces médecins? Quel pourcentage de notre budget annuel consacrons-nous à l'adoption de la TI? Que faisons-nous pour améliorer la capacité de nos hôpitaux pour partager l'information avec d'autres hôpitaux, les médecins et les organismes de soins à domicile? Quelle proportion des dossiers médicaux des hôpitaux contiennent des données informatisées par rapport aux dossiers papier?
9. Santé et sécurité au travail (section 8.3)	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas eu d'amélioration notable sur le plan des taux de blessure au cours des six années précédentes. Il y a beaucoup d'améliorations à faire dans ce domaine. Bien que les hôpitaux enregistrent des taux de blessure plus faibles que dans d'autres secteurs, les SLD par exemple, globalement, le secteur des soins de santé affiche des taux de blessure plus élevés que d'autres secteurs, dont ceux de la construction et de l'exploitation minière. 	<ul style="list-style-type: none"> Avons-nous mis en place des programmes de formation obligatoires sur la sécurité pour tous les nouveaux employés? Tous les membres du personnel et médecins ont-ils reçu cette formation? Avons-nous effectué les évaluations de risque appropriées pour veiller à la sécurité de l'environnement? Préconisons-nous et appuyons-nous des modes de vie sains dans notre organisme? Reconnaissons-nous le travail bien fait et les personnes qui font un excellent travail? Avons-nous acheté du matériel de sécurité pour réduire le nombre de blessures? Sinon, avons-nous prévu dans le budget les sommes nécessaires à l'achat de ce matériel?
10. Hospitalisation pour des problèmes de santé ambulatoires (section 3.2)	<ul style="list-style-type: none"> On enregistre une baisse régulière des taux d'admission pour les angines de poitrine, l'asthme et les insuffisances cardiaques congestives, nous pensons toutefois que les taux peuvent encore être améliorés. 	<ul style="list-style-type: none"> Informons-nous les patients à propos du rôle qu'ils peuvent jouer dans le traitement de leurs maladies chroniques? Avons-nous simplifié les plans de soins pour qu'ils soient plus faciles à suivre? Avez-vous besoin d'une stratégie pour encourager les fournisseurs de soins primaires et/ou la collectivité à améliorer la gestion des maladies chroniques et éviter ainsi les hospitalisations?
11. Finances des hôpitaux (section 7.1)	<ul style="list-style-type: none"> Plus de 40 % des hôpitaux étaient en déficit cette année, et un hôpital communautaire sur deux enregistre un déficit. Les hôpitaux continuent d'avoir des difficultés à payer leurs factures sans emprunter. 	<ul style="list-style-type: none"> Si la première réaction face à un déficit est de réduire les services, la direction de notre hôpital a-t-elle bien étudié toutes les sources différentes de gaspillage dans le système et mis en place des plans ambitieux pour les éliminer (examens ou services inutiles, gaspillage d'effectifs, de places, d'inventaire et de fournitures.)

1.4

Soins à domicile

Résumé pour les organismes de soins à domicile, les responsables communautaires, le personnel et les clients

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Sujet	Facteurs clés	Questions que les responsables, les membres du personnel et les clients peuvent se poser
1. Temps d'attente pour des SLD/ANS (sections 2.4 et 7.2)	<ul style="list-style-type: none"> Les temps d'attente pour un lit de soins de longue durée ont triplé depuis le printemps 2005 et s'établissent maintenant à 105 jours, soit à plus de trois mois. Pour les personnes qui attendent chez elles, le temps d'attente est de 173 jours; pour celles qui attendent à l'hôpital, il est de 53 jours. Dans le dernier cas, cela contribue au problème sérieux et croissant des lits ANS dans les hôpitaux, un lit d'hôpital sur six étant occupé par une personne qui ne devrait pas être là. Une personne sur quatre placée dans un foyer de soins de longue durée pourrait être prise en charge ailleurs. 	<ul style="list-style-type: none"> Fait-on appel aux organismes de soins à domicile au début de l'hospitalisation des personnes vulnérables? Quels sont les soins à domicile supplémentaires requis pour éviter que les personnes ne soient placées dans un foyer de soins de longue durée? Quelles solutions pourraient-on envisager pour les personnes qui n'ont pas besoin d'aller dans un foyer de soins de longue durée? Davantage de soins à domicile? Placement dans une résidence-services ou un logement supervisé? Les décisions de demander une admission dans un foyer de soins de longue durée sont-elles prises hâtivement pour les patients hospitalisés avant qu'ils n'aient la possibilité de se remettre?
2. Chutes (section 4.6)	<ul style="list-style-type: none"> Parmi les personnes qui reçoivent des soins dans la collectivité, 25 % ont chuté au cours des 90 jours précédents. Il y a des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérifions-nous si les locaux sont encombrés ou mal éclairés dans le foyer? Y a-t-il des barres de sécurité? Encourageons-nous l'utilisation d'aides à la mobilité (p. ex., ambulateurs) et vérifions-nous si elles sont bien utilisées? Offre-t-on des soins de réadaptation aux personnes à risque élevé pour qu'elles soient plus fortes ou aient un meilleur équilibre? La personne prend-elle des médicaments ayant des effets secondaires pouvant entraîner une chute; dans l'affirmative, avons-nous discuté avec le médecin d'autres solutions plus sûres?
3. Plaies de pression (section 4.6)	<ul style="list-style-type: none"> Parmi les personnes qui reçoivent des soins à domicile et dans collectivité, 1,4 % développent des plaies de pression de niveau 2 à 4 tous les six mois. 	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes vulnérables font-elles l'objet d'évaluations des risques de plaies de pression? Ces évaluations sont-elles à jour? Le personnel surveille-t-il régulièrement les signes de plaies de pression? Les personnes à risque élevé disposent-elles d'un coussin d'aide à la prévention ou un matelas spécial pour éviter les plaies de pression sur les points de pression?
4. Blessures (section 4.6)	<ul style="list-style-type: none"> Douze pour cent des personnes recevant des soins à domicile ont eu des blessures, des brûlures ou des fractures inexplicables au cours des six mois précédents. Il y a des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérifions-nous les risques d'accident à la maison (p. ex., température de l'eau trop chaude, prises électriques, encombrements)?
5. Incontinence urinaire (section 3.6)	<ul style="list-style-type: none"> Quarante-six pour cent des clients connaissent une baisse de la fonction urinaire ou leur problème d'incontinence ne s'est pas amélioré au cours des six mois précédents. 	<ul style="list-style-type: none"> Y a-t-il des membres du personnel qui peuvent enseigner les protocoles de déclenchement de la miction pour éviter l'incontinence ou les exercices de renforcement des muscles du périnée pour prévenir l'incontinence? Conseille-t-on aux clients de cesser de consommer certains aliments (p. ex., caféine)?
6. Activités quotidiennes (section 3.6)	<ul style="list-style-type: none"> Quarante-quatre pour cent des clients constatent un déclin de leur capacité à vaquer aux tâches quotidiennes (s'habiller, manger, se laver) ou ont un problème existant qui ne s'améliore pas. 	<ul style="list-style-type: none"> Offre-t-on aux personnes qui reçoivent des soins à domicile des séances de physiothérapie ou de réadaptation pour garder leur mobilité?
7. Santé mentale (section 3.6)	<ul style="list-style-type: none"> Neuf pour cent des clients affichent des signes de dépression grave (p. ex., tristesse profonde, cessation des activités normales). 	<ul style="list-style-type: none"> Les responsables des soins à domicile organisent-ils des activités sociales ou coordonnent-ils un plan de traitement de la dépression avec le médecin de famille?
8. Maîtrise de la douleur (section 3.6)	<ul style="list-style-type: none"> Chez 22 % des personnes recevant des soins à domicile qui ont mal, la douleur est mal maîtrisée. Il y a probablement des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Évalue-t-on régulièrement la douleur chez des personnes recevant des soins à domicile? Les préposés aux soins à domicile communiquent-ils les renseignements sur la douleur au médecin afin que le plan de soins puisse être modifié?
9. Réadmissions (section 3.3)	<ul style="list-style-type: none"> Les réadmissions pour une crise cardiaque, une insuffisance cardiaque congestive ou des problèmes d'asthme ont diminué au cours des cinq années précédentes. Toutefois, les taux de réadmissions pour insuffisance cardiaque congestive et maladie respiratoire obstructive (p. ex., emphysème) restent élevés. Il y a encore des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérifions-nous si les patients quittent l'hôpital en ayant les bons médicaments et s'ils connaissent les symptômes à surveiller et savent à qui demander de l'aide? Dépistons-nous et suivons-nous les clients à risque élevé qui risquent d'être réadmis? Les clients obtiennent-ils le bon suivi à la maison (p. ex., prise de poids quotidienne pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque congestive)? Disposons-nous d'un processus pour que les médicaments soient examinés régulièrement (p. ex., programme MedsCheck)?

1.5

Soins primaires

Résumé pour les prestataires de soins primaires

Sujet	Facteurs clés	Questions que les médecins, le personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins primaires peuvent se poser
1. Accès aux soins primaires (section 2.2)	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas eu de changement au cours des trois années précédentes en ce qui concerne le pourcentage de personnes qui n'ont pas de médecin de famille attrité en Ontario. Environ 730 000 adultes n'ont pas de médecin, et la moitié d'entre eux en recherche un activement. Neuf Ontariens sur 10 pensent qu'ils attendent trop longtemps avant d'obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille. Seulement 53 % des Ontariens peuvent consulter leur médecin le même jour ou le jour suivant quand ils sont malades, soit le pire résultat parmi les 11 grands pays étudiés. 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillons-nous les temps d'attente dans notre clinique? Utilisons-nous un système d'accès avancé, de prise de rendez-vous et de gestion du flux des patients pour réduire ou éliminer les temps d'attente pour les rendez-vous? Pourrions-nous réduire les visites à répétition inutiles afin de nous donner le temps de mieux servir les gens (transmettre les résultats de laboratoire au téléphone plutôt qu'en personne)? Nos processus sont-ils aussi efficaces qu'ils pourraient l'être? Par exemple, chaque salle d'examen est-elle agencée de la même manière? Peut-on réorganiser les choses pour réduire les allers et venues? Travaillons-nous en équipe? Si oui, utilisons-nous toutes les compétences de chaque membre de l'équipe? Quelles tâches pourrions-nous transférer d'un membre de l'équipe à un autre?
2. Temps d'attente pour les chirurgies et les tomodensitogrammes/IRM (section 2.3)	<ul style="list-style-type: none"> Les temps d'attente pour certaines chirurgies sont bons ou s'améliorent (chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou, chirurgie cardiovasculaire), mais dans l'ensemble, il y a encore des améliorations à faire. Les temps d'attente sont encore trop élevés pour les tomodensitogrammes/IRM. 	<ul style="list-style-type: none"> Les examens prescrits avant un tomodensitogramme/IRM sont-ils tous nécessaires? Sommes-nous obligés de prescrire les examens qui ne sont pas nécessaires? Que pourrions-nous faire à ce sujet? Utilisons-nous le site Web des temps d'attente en Ontario pour vérifier si une opération peut être effectuée plus rapidement si le patient le souhaite?
3. ANS (section 7.2)	<ul style="list-style-type: none"> Seize pour cent des lits d'hôpitaux sont désignés ANS et le problème s'est aggravé au cours des trois années précédentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifions-nous les personnes à risque élevé pour qu'elles deviennent des patients ANS? Y a-t-il des personnes âgées ou de santé fragile dans notre cabinet dont les besoins n'ont pas encore été évalués par un CASC?
4. Gestion des maladies chroniques (section 3.2)	<ul style="list-style-type: none"> Si les complications associées au diabète ont diminué considérablement au cours des cinq années précédentes, l'état des patients et les facteurs de risque ne font toujours pas l'objet des suivis nécessaires. Seulement la moitié des patients diabétiques se font examiner les yeux et les pieds et un peu moins de la moitié obtiennent les médicaments dont ils ont besoin. Même si la situation s'est améliorée au cours des six années précédentes, on est encore loin des normes établies par les spécialistes qui affirment que pratiquement tous les patients devraient recevoir des médicaments. Le nombre de patients qui décèdent dans l'année qui suit une crise cardiaque s'est amélioré légèrement pour s'établir à un sur 11, mais il y a encore des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisons-nous des méthodes comme les organigrammes pour nous rappeler toutes les pratiques exemplaires? Si nous avons un DES, fournit-il des données sur le pourcentage des patients diabétiques qui prennent les bons médicaments (statines, IECA/ARA, acide 2-acétylbenzoïque) ou qui ont subi récemment un test d'hémoglobine A1C ou un examen des yeux? Avons-nous établi le DES de manière à ce qu'il nous rappelle quand ces tests ou les examens de suivi sont nécessaires? Les patients connaissent-ils tous les objectifs nécessaires pour maîtriser la maladie ($\text{TA} < 130/80$ pour les diabétiques ou $\text{A1C} < 7$)? Ont-ils établi leurs propres objectifs pour améliorer leur santé (objectifs personnels de réduction du poids)? Avons-nous recours à tous les membres de notre équipe de santé pour assurer que les lignes directrices relatives à la gestion des maladies chroniques sont observées (tests, information, etc.)? Avons-nous un monofilament dans le cabinet pour examiner les pieds de la manière appropriée?

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRE**

Sujet	Facteurs clés	Questions que les médecins, le personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins primaires peuvent se poser
5. Sécurité des médicaments (section 4.4)	<ul style="list-style-type: none"> Seulement 13 % des médecins ontariens remettent systématiquement à leurs patients une liste des médicaments pris, 46 % d'entre eux ne donnant jamais une telle liste. Environ une personne sur cinq âgée de 65 ans et plus prend des médicaments susceptibles d'entrainer des effets secondaires dangereux. 	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que notre DME peut produire facilement une liste à jour de tous les médicaments de nos patients? Donnons-nous ces listes mises à jour régulièrement à nos patients? Encourageons-nous les patients à acheter leurs médicaments dans la même pharmacie à chaque fois? Envisageons-nous des solutions plus sûres pour les personnes âgées qui prennent un médicament figurant sur la liste « Beers » des médicaments à éviter? (Exemples : utiliser de la nortriptyline au lieu de l'amitriptyline; utiliser d'autres inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine au lieu du Prozac; éviter les benzodiazépines à effet prolongé comme le Valium ; soit mettre fin aux benzodiazépines à effet temporaire soit réduire de moitié la dose habituellement conseillée aux adultes). Vérifions-nous les médicaments administrés pendant la transition des soins?
6. Adoption du dossier de santé électronique (section 8.2)	<ul style="list-style-type: none"> Le pourcentage des médecins de famille dotés d'un DME est passé de 26 % en 2007 à 43 % en 2009. Nous avons fait des progrès, mais il y a encore des améliorations à faire. L'Ontario est à la traîne derrière l'Australie, le Royaume-Uni et les Pays-Bas, qui ont un taux de 95 à 99 %. Tous les médecins de famille n'utilisent pas les composantes clés du DME, dont les alertes aux interactions médicamenteuses ou les rappels de suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> Si nous envisageons d'acheter un système de DME, posez les questions suivantes aux fournisseurs éventuels : <ul style="list-style-type: none"> Le système peut-il produire une liste de tous les patients atteints de certaines maladies chroniques? Peut-il suivre des indicateurs clés comme les pourcentages de patients diabétiques dont l'A1C est maîtrisé (voir le point 4 ci-dessus)? Le système produira-t-il des rappels lorsque les patients ont besoin d'un examen de suivi ou de tests? Le système pourra-t-il être relié aux pharmacies, laboratoires, hôpitaux et autres fournisseurs?
7. Ressources humaines en santé (section 8.4)	<ul style="list-style-type: none"> Entre 2002 et 2008, le nombre de médecins de famille et d'infirmières et infirmiers praticiens a augmenté. Cependant, malgré la hausse plus importante du nombre de postes d'infirmières et infirmiers praticiens, il n'y a toujours qu'une seule infirmière praticienne par tranche de 10 médecins de famille dans la province et seulement la moitié des médecins de famille collaborent régulièrement avec d'autres fournisseurs de soins de santé au sein de leur cabinet. Il y a encore des améliorations à faire, car nous ne sommes pas prêts de pouvoir créer des équipes au sein desquelles les médecins de famille collaborent régulièrement avec le personnel infirmier praticien. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisons-nous une approche d'équipe au sein de notre cabinet? Dans la négative, pourquoi? Nos méthodes actuelles pourraient-elles être plus efficientes et/ou efficaces? (Par exemple : avons-nous un bon système de communication, utilisons-nous pleinement toutes les compétences des membres de l'équipe). Quels sont les rôles et les responsabilités des divers professionnels de santé? Comment pourrions-nous utiliser d'autres professionnels pour réduire la charge de travail au sein de mon cabinet?
8. Santé de la population (chapitre 10)	<ul style="list-style-type: none"> Nous avons constaté quelques améliorations dans les comportements entre 2001 et 2004, mais nous avons perdu du terrain entre 2005 et 2008. La moitié des Ontariennes et Ontanens ne font pas assez d'exercice, une personne sur six fume et une personne sur cinq consomme trop d'alcool. Les taux d'allaitement augmentent et les taux de grossesse chez les adolescentes diminuent, mais il y a encore des améliorations à faire. Un quart de la population n'obtient pas les services de prévention nécessaires (p. ex., tests Pap, mammographie, vaccins contre la grippe). Les personnes à faible revenu ou ayant un faible niveau d'instruction courrent des risques élevés de s'adonner à des comportements nuisibles pour la santé et n'obtiennent pas les services de prévention nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Demandons-nous à nos patients s'ils ont cessé de fumer à chaque visite? Avons-nous une liste de toutes les aides à la cessation du tabagisme offertes dans la collectivité pour nos patients? Avons-nous des programmes d'approche pour les personnes faisant partie des groupes à risque élevé? Utilisons-nous des organigrammes pour nous rappeler toutes les mesures de prévention qui doivent être prises lors des examens de santé périodiques? Si nous avons un DME, produit-il des rappels lorsque les gens doivent se présenter à leur prochain examen de prévention?

1.6 Soins de santé de longue durée

Résumé pour les responsables, employés et résidents des foyers de soins de longue durée et les familles

Sujet	Facteurs clés	Questions à poser
1. Temps d'attente pour les foyers de soins de longue durée (sections 2.4 et 7.2)	<ul style="list-style-type: none"> Malgré une importante hausse du nombre de lits de soins de longue durée il y a plusieurs années, les temps d'attente ont triplé depuis le printemps 2005 et s'établissent maintenant à 105 jours, soit à plus de trois mois. Cette situation contribue à aggraver le problème associé aux ANS dans les hôpitaux de soins actifs. Seulement 40 % des personnes qui ont besoin de soins de longue durée ont été admises dans le foyer de leur premier choix. 	<ul style="list-style-type: none"> Avons-nous suffisamment d'options de logement et de soins dans la collectivité pour les personnes qui ont besoin de davantage de services que ceux offerts par les organismes de soins à domicile, mais pas de tous les services prodigués dans un foyer de soins de longue durée? Y a-t-il des engagements qui retardent l'admission des personnes dans un foyer? Comment le processus d'admission peut-il être restructuré pour être plus efficient? Tenons-nous compte des besoins culturels, ethniques et linguistiques des habitants de notre région? Avons-nous tenu compte de ces facteurs lors de la planification de la capacité?
2. Chutes (section 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> Un résident sur sept est tombé au cours du mois précédent et il n'y a pas de changement en ce qui concerne le taux de chutes graves nécessitant une visite aux SU au cours des années précédentes. Il y a probablement des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Étudions-nous les causes de chaque chute? Procérons-nous régulièrement à des évaluations de risque? Sont-elles à jour? Vérifions-nous si les lieux sont encombrés, mal éclairés ou comportent d'autres risques? Évitons-nous les appareils de contention susceptibles de provoquer des chutes? Encourageons-nous l'utilisation d'appareils fonctionnels (p. ex., ambulatoires), de protecteurs de hanche pour les personnes à risque élevé et des programmes d'activités physiques pour aider les personnes à garder leur force et leur équilibre? Évitons-nous les médicaments qui provoquent des vertiges ou de la confusion chez les résidents (voir la section sécurité des médicaments ci-dessous)? Avons-nous assez de personnel pour aider les résidents à se rendre aux toilettes, etc.? Les résidents prennent-ils des médicaments ayant des effets secondaires pouvant provoquer une chute. Dans l'affirmative, avons-nous discuté avec le médecin d'autres options plus sécuritaires?
3. Plaies de pression (section 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> Environ un résident sur neuf développe de nouvelles plaies de pression grave chaque année. 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluons-nous régulièrement les risques de plaies de pression pour tous les résidents? Fournissons-nous des formations à tous les membres du personnel pour les protocoles de prévention (p. ex., dépistage précoce, changement de position des résidents immobiles, technique appropriée pour éviter la formation de plaies de pression lorsqu'on déplace un résident)? Avons-nous des protections appropriées ou des matelas spéciaux pour les résidents à haut risque? Disposons-nous de protocoles normalisés approuvés par tous les médecins pour le traitement des plaies de pression?
4. Incontinence urinaire (section 3.4)	<ul style="list-style-type: none"> Un résident sur six constate que son problème d'incontinence s'est aggravé au cours des trois mois précédents. 	<ul style="list-style-type: none"> Les résidents obtiennent-ils de l'aide en ce qui a trait aux exercices visant à renforcer les muscles du périnée ou les protocoles de déclenchement de la miction pour éviter l'incontinence? Les résidents obtiennent-ils de l'aide rapidement lorsqu'ils souhaitent aller aux toilettes? Les résidents savent-ils que certains aliments (boissons contenant de la caféine) peuvent aggraver l'incontinence?



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Sujet	Facteurs clés	Questions à poser
5. Visites aux SU évitables (section 3.7)	<ul style="list-style-type: none"> Les visites aux SU évitables sont communes chez les résidents des foyers de soins de longue durée. Il n'y a pas eu de changements au cours des six années précédentes. Il y a probablement beaucoup d'améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> De quelle formation ou de quel soutien le personnel a-t-il besoin pour perfectionner ses compétences afin de traiter les urgences mineures sans aller aux urgences? Avons-nous envisagé de faire appel à des infirmières praticiennes ou au réseau Télémédecine ou de mieux aménager les horaires des médecins afin que le personnel puisse mieux s'occuper des urgences mineures dans le foyer? Les membres de la famille sont-ils conscients des risques associés aux visites aux SU, dont état de confusion, infections nosocomiales?
6. Sécurité des médicaments (section 4.4)	<ul style="list-style-type: none"> La liste de médicaments à éviter par les personnes âgées (+ liste Beers+) diminue, mais pourrait être davantage réduite. Peu après son admission dans un foyer de soins de longue durée, un résident sur six reçoit un nouvel antipsychotique qu'il ne prenait pas auparavant et un résident sur quatre prend un nouveau médicament contre l'anxiété ou l'insomnie. Ces médicaments comportent de nombreux risques. 	<ul style="list-style-type: none"> Pourquoi donne-t-on des sommiers à autant de personnes dès qu'elles sont placées dans un foyer de soins de longue durée? Essayons-nous d'autres solutions que les médicaments pour soigner l'insomnie (éviter la caféine, réduire les bruits, adopter des heures de sommeil régulières, éviter les longues siestes, soigner les dépressions)? Les médecins et les membres du personnel connaissent-ils les médicaments à éviter chez les personnes âgées? Doit-on retirer certains médicaments de la liste? Le pharmacien examine-t-il régulièrement les médicaments en collaboration avec les membres de la famille et le personnel? Avons-nous essayé d'autres solutions que les médicaments pour les problèmes de comportement comme l'aggression (voir ci-dessous)?
7. Utilisation des appareils de contention (section 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> Dix-sept pour cent des résidents de foyers de soins de longue durée sont soumis à la contention physique. L'Ontario est à la traîne derrière d'autres pays avec des taux bien inférieurs. Il y a des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Informons-nous les membres du personnel et des familles qui demandent des appareils de contention au sujet des risques (chutes, plaies de pression, asphyxie)? Pour les personnes qui ont tendance à errer, avons-nous étudié d'autres solutions que les appareils de contention, p. ex., installer une alarme près du lit et des portes?
8. Problèmes de comportement (section 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> Les comportements de onze pour cent des résidents de foyers de soins de longue durée se sont aggravés (p. ex., agression ou errance) au cours des trois mois précédents. 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel a-t-il été formé dans les techniques de communication et de désamorçage des conflits pour éviter de frustrer les résidents (contact visuel, questions à une phrase)? Pouvons-nous communiquer dans les langues parlées par les résidents? Le personnel se demande-t-il si le comportement est le résultat d'un problème de santé existant ou nouveau, de gêne ou de craintes? Quand on identifie les causes des comportements perturbateurs, les intègre-t-on aux plans de soins?

1.7 Maladies cardiovasculaires

Maladies cardiovasculaires

Dans l'ensemble, nous constatons des améliorations considérables au chapitre de la gestion des maladies cardiovasculaires, mais nous pouvons faire encore mieux dans certains domaines, notamment celui des insuffisances cardiaques congestives (ICC).

- 1. Les temps d'attente pour les chirurgies cardiovasculaires sont conformes à l'objectif visé pour la plupart des patients, mais il y a encore des améliorations à faire.** Pour ce qui est des pontages coronaires, des angiographies et des interventions coronaires percutanées, environ 95 % des patients ont été opérés dans les délais recommandés. La situation peut être améliorée en ce qui concerne les temps d'attente pour les cas urgents de pontage (79 % sont effectués dans les délais visés) et les interventions coronaires percutanées moyennement urgentes (65 %).
- 2. D'avantage de patients reçoivent les bons médicaments après une crise cardiaque, mais là aussi, il y a des améliorations à faire.** Le taux d'utilisation des statines, des bêta-bloquants et des IECA/ARA se situe à 86 %, 79 % et 80 % respectivement, alors que les spécialistes suggèrent que ces taux devraient plutôt être de l'ordre de 90 %.
- 3. Les taux de crises cardiaques, de mortalité et de réadmission diminuent.** Les hospitalisations pour angine de poitrine ont également diminué de plus de la moitié au cours des six années précédentes.
- 4. Les taux de mortalité et de réadmission sont élevés pour les insuffisances cardiaques congestives.** Un tiers des patients qui subissent une première hospitalisation par suite d'une première insuffisance cardiaque congestive décèdent au cours de l'année qui suit. Nous n'avons pas constaté d'amélioration au cours des six années précédentes. Le nombre de réadmissions a diminué il y a quelques années, mais la situation ne s'est pas améliorée durant les trois dernières années. Le taux de réadmission à 30 jours pour les insuffisances cardiaques congestives, qui s'établit à 11 %, reste supérieur à celui de tous les autres groupes de diagnostic.
- 5. Pour ce qui est des accidents vasculaires cérébraux, le taux de mortalité s'est amélioré, mais on pourrait faire encore mieux.** Les taux de mortalité baissent et pratiquement tous les patients prennent de l'acide 2-(acétyloxy) benzoïque ou d'autres médicaments antithrombotiques. Toutefois, seulement 12 % des patients victimes d'un AVC qui se présentent aux urgences et pourraient bénéficier d'un traitement thrombolytique (pour éliminer les caillots de sang) obtiennent ce traitement dans l'heure qui suit comme il le faudrait. Des vies pourraient être sauvées et des invalidités évitées si nous faisions un meilleur travail.

6. Les efforts de réduction des comportements nuisibles pour la santé, comme le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique qui se traduisent par des maladies cardiaques ont cessé de progresser ces trois dernières années. Actuellement, les taux associés à ces comportements au sein de la population sont de 16 %, 50 % et 18 % respectivement.

7. Les personnes ayant un faible revenu et un faible niveau d'instruction continuent de présenter les plus grands risques de maladies cardiaques et de comportements nuisibles pour la santé. Par exemple, les taux de tabagisme s'établissent à 31 % pour les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires et à 13 % pour celles qui ont suivi des études postsecondaires. Les taux d'inactivité physique sont de 58 % pour les personnes de la tranche de revenus les plus bas contre 37 % pour celles de la tranche de revenus les plus élevés. Si nous voulons réduire ces comportements nuisibles pour la santé, nous devons mettre en place des stratégies spécialement conçues pour les groupes les plus vulnérables.

Principales questions que doivent se poser les personnes atteintes de maladie cardiaque ou dont elles doivent discuter avec leur fournisseur de soins :

- Est-ce que je prends les bons médicaments? Renseignez-vous au sujet de l'acide 2-(acétyloxy) benzoïque (aspirine), des médicaments contre le cholestérol (statines), des IECA/ARA, des bêta-bloquants pour soigner une ancienne crise cardiaque, des artères bloquées ou une ICC?
- Mon état est-il bien suivi? Les examens à faire comprennent les tests de la tension artérielle, des tests périodiques du taux de cholestérol et, pour les patients atteints d'une ICC, les échocardiogrammes et un suivi quotidien du poids.
- Est-ce que je connais les signes précoce d'un AVC pour que je puisse me rendre à l'hôpital dès leur apparition?
- Est-ce que je connais les bons taux de tension artérielle et de cholestérol? Normalement, ces taux doivent être de 140/90 ou de 130/80 pour les personnes diabétiques; le taux cible pour le LDL (« mauvais cholestérol ») est deux ou moins.
- Que fais-je pour cesser de fumer, faire davantage d'exercices et atteindre ou maintenir mon poids idéal? Quels objectifs dois-je établir pour moi-même? De quelles aides ai-je besoin : conseils en diététique, groupes d'exercice, programme d'aide à la cessation tabagique, soutien des amis ou des membres de la famille?

1.8

Diabète

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAires

Diabète

Dans l'ensemble, nous constatons de légers signes d'amélioration en ce qui concerne la gestion du diabète, mais on pourrait faire encore mieux, surtout au chapitre du suivi et du dépistage, des facteurs de risque et des médicaments à prescrire. Pour continuer de progresser, il faudrait aussi que les patients se prennent en charge et établissent leurs propres objectifs et songent à améliorer leur hygiène de vie.

- 1. L'incidence de complications graves du diabète a diminué au cours des cinq dernières années, mais il y a encore des améliorations à faire.** Environ un patient diabétique sur 20 est victime de complications graves (décès, crise cardiaque, AVC, amputation, défaillance rénale) au cours d'une année donnée.
- 2. Davantage de patients prennent les bons médicaments pour le diabète, mais il y a encore beaucoup d'améliorations à faire.** Seulement 58 % des patients prennent régulièrement leurs médicaments pour réduire le cholestérol (statines), 67 % prennent les IECA/ARA et 46 % les deux. Selon les experts, pratiquement tous les patients diabétiques devraient prendre ces médicaments.
- 3. Le suivi des personnes diabétiques laisse à désirer.** Seulement la moitié des patients diabétiques se font examiner régulièrement les yeux et les pieds. Tous doivent subir de tels examens.
- 4. Les taux de comportements nuisibles pour la santé qui provoquent le diabète ou l'aggravent ne se sont pas améliorés et augmentent même depuis quelque temps.** Les taux d'obésité et d'inactivité physique se sont améliorés entre 2001 et 2005, mais se sont détériorés entre 2005 et 2008. En 2008, 50 % des Ontariennes et Ontariens ne faisaient pas d'exercice et 18 % étaient obèses.
- 5. Les personnes ayant un faible revenu sont moins susceptibles de se soumettre aux examens de suivi appropriés.** Par exemple, en 2008, 49 % des personnes de la tranche de revenus les plus bas se sont fait examiner les yeux contre 66 % pour les personnes de la tranche de revenus les plus élevés. Les personnes à faible revenu risquent davantage de s'adonner à des comportements nuisibles pour la santé au chapitre de l'alimentation, de l'activité physique et du tabagisme.

Questions importantes que les responsables et le personnel de santé doivent se poser :

- Utilisons-nous des méthodes comme des organigrammes pour nous rappeler les pratiques exemplaires?
- Si nous avons un dossier médical électronique (DME), ce dossier produit-il des données sur le pourcentage de nos patients diabétiques qui prennent les bons médicaments (statines, IECA/ARA) ou ces personnes ont-elles effectué un test de l'A1C ou se sont-elles fait examiner les yeux récemment? Notre DME produit-il des rappels quand les patients diabétiques doivent subir des examens ou de suivi?
- Nos patients se sont-ils fixé des objectifs pour être en meilleure santé? Ont-ils été orientés vers un programme de prise en charge des maladies chroniques?
- Notre cabinet est-il doté d'un monofilament pour effectuer des examens des pieds de manière appropriée?
- Que faisons-nous pour atteindre les populations les plus vulnérables, afin qu'elles obtiennent les services dont elles ont besoin compte tenu de leur niveau d'éducation, de leur culture ou de leur langue?

Questions importantes que doivent se poser les personnes diabétiques ou dont elles doivent discuter avec leur fournisseur de soins :

- Est-ce que je prends les bons médicaments? Renseignez-vous au sujet des statines, des IECA/ARA et de l'acide 2(acétyloxy) benzoïque (aspirine), en plus des médicaments pour contrôler le taux de sucre dans le sang.
- Mon état est-il bien suivi? Les examens à faire comprennent les examens des yeux et des pieds, les analyses d'urine, ainsi que les analyses sanguines régulières pour vérifier le taux de cholestérol et l'A1C (moyenne sur trois mois du taux de sucre dans le sang).
- Est-ce que je vérifie moi-même mon taux de sucre dans le sang et ma tension artérielle? Est-ce que je tiens un journal des résultats chez moi?
- Est-ce que j'ai établi des objectifs pour les taux de sucre dans le sang, la tension artérielle (idéalement 130/80) et mon poids avec mon médecin?
- Est-ce que j'ai une bonne alimentation et est-ce que je fais des exercices? Quels objectifs personnels dois-je me fixer pour être en meilleure santé? De quelles aides ai-je besoin : conseils en diététique, médicaments ou soutien pour cesser de fumer, soutien des amis ou des membres de la famille?

1.9 Cancer

Cancer

Dans l'ensemble, nous constatons quelques améliorations au chapitre du traitement du cancer en Ontario, les patients continuent d'attendre trop longtemps pour les chirurgies et les traitements systémiques et il faut continuer à réduire les comportements nuisibles pour la santé et améliorer le dépistage du cancer.

- 1. Les temps d'attente pour les soins du cancer peuvent être améliorés. Les domaines qui nous préoccupent le plus sont les chirurgies urgentes et les traitements systémiques (chimiothérapie).** Seulement 53 % des patients nécessitant des soins d'urgence (priorité 2) sont opérés dans les délais requis. Certains hôpitaux, dont l'hôpital général de North York, ont réalisé un taux de 97 % en instaurant des processus bien concus et efficents. D'autres hôpitaux pourraient en faire de même. Les temps d'attente pour la radiothérapie se sont améliorés et trois patients sur quatre sont traités dans les délais requis. Mais il y a encore des améliorations à faire. Les temps d'attente pour les traitements systémiques (chimiothérapie) continuent d'être plus longs que le délai recommandé de 14 jours pour les consultations et les traitements.
- 2. Les taux de cancer du poumon et de mortalité due au cancer du sein se sont améliorés au cours des 10 dernières années :** c'est un résultat encourageant qui peut s'expliquer par l'amélioration des traitements au fil du temps et la réduction du tabagisme depuis quelques décennies.
- 3. Les taux de dépistage du cancer du sein ou du col utérin ne s'améliorent pas.** Environ un quart des femmes ne se font toujours pas faire une mammographie ou un test Pap. Quant aux taux de dépistage du cancer du côlon, ils s'accroissent, mais demeurent trop bas (31 %).
- 4. Les efforts pour réduire les comportements nuisibles pour la santé comme le tabagisme, une consommation insuffisante de fruits et de légumes, l'obésité, l'inactivité physique et une trop grande consommation d'alcool ont cessé de progresser depuis quelque temps.** À l'heure actuelle, les taux associés à ces comportements s'établissent à 16 %, 59 %, 18 %, 50 % et 21 % respectivement en Ontario. La situation s'est quelque peu améliorée entre 2001 et 2005, mais a cessé de progresser pour se détériorer entre 2005 et 2008. Ces comportements nuisibles pour la santé sont responsables de cancers du sein, du côlon, des poumons, du foie, des reins et autres.
- 5. Les personnes ayant un faible revenu et un faible niveau d'instruction sont toujours les plus susceptibles de s'adonner à des comportements nuisibles pour la santé et de ne pas subir des tests de dépistage préventifs.** Par exemple, les taux de tabagisme sont de 31 % pour les personnes sans diplôme d'études secondaires et de 13 % pour celles qui ont fait des études postsecondaires. Les taux de mammographie sont de 64 % pour les femmes à faible revenu comparativement à 75 % pour les femmes à revenu plus élevé. Les futurs plans de lutte contre le cancer doivent comprendre des stratégies visant les personnes les plus vulnérables.

Questions importantes que les responsables et le personnel de santé doivent se poser :

- Quels objectifs établissons-nous pour les temps d'attente? Si certains établissements ont réussi à améliorer considérablement leur situation (p. ex., l'Hôpital général de North York), nous devrions le pouvoir nous aussi.
- Avons-nous instauré les processus nécessaires à l'organisation des chirurgies du cancer, de séances de radiothérapie ou de chimiothérapie? Quels sont les domaines caractérisés par les gaspillages, chevauchements, erreurs ou transmissions ratées? Que faisons-nous pour que nos processus se déroulent plus rapidement et de manière plus fiable?
- Avons-nous mis en place des systèmes d'information capables de produire des rappels pour toutes les personnes nécessitant des tests de dépistage du cancer?
- Que faisons-nous pour atteindre les populations les plus vulnérables?

Questions importantes que les gens doivent se poser ou dont ils doivent discuter avec leur soignant :

- De quels tests de dépistage ai-je besoin pour mon âge et mon sexe et à quelle fréquence? Quand ces tests doivent-ils être effectués?
- Que fais-je pour cesser de fumer, faire davantage d'exercices ou atteindre ou maintenir mon poids idéal? Quels objectifs personnels devrais-je me fixer? De quelles aides ai-je besoin : conseils en diététique, groupes d'exercice, aides à la cessation du tabagisme et soutien des amis ou des membres de la famille?

1.10

Santé mentale

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Santé mentale

La santé mentale est un domaine où l'Ontario affiche des lacunes importantes au chapitre de l'évaluation de la qualité des services de santé. Dans ce rapport, nous résumons les constatations établies au moyen des données existantes et demandons plus d'investissements dans l'évaluation de la façon dont les gens accèdent aux services dont ils ont besoin et si leurs symptômes ou leur fonctionnement quotidien se sont améliorés après avoir reçu des soins.

- 1. La dépression est un problème important chez les personnes âgées ou de santé fragile.** Neuf pour cent des personnes qui reçoivent des soins à domicile ont de graves problèmes d'anxiété ou de dépression, dont tristesse profonde ou cessation des activités quotidiennes. 22 % des résidents des foyers de soins de longue durée ont manifesté des symptômes accusés de dépression ou d'anxiété au cours des trois mois précédents.
- 2. Beaucoup de résidents des foyers de soins de longue durée affichent des comportements inappropriés comme l'agression, l'agitation ou l'errance.** Environ un résident sur neuf a affiché des comportements de gravité accrue au cours des trois mois précédents. Ces comportements sont particulièrement fréquents chez les personnes atteintes d'Alzheimer ou d'autres démences. Malgré l'absence de points repères pour cet indicateur, nous pouvons faire beaucoup mieux.
- 3. La gestion des médicaments pour les résidents des foyers de soins de longue durée et les personnes recevant des soins continus complexes reste une question préoccupante.** 17 % des résidents des foyers de soins de longue durée ayant un âge avancé prennent des antipsychotiques sans raison précise et 30 % prennent des médicaments contre l'anxiété ou hypnotiques (somnifères) prescrits sans diagnostic précis. Peu après leur admission dans un foyer de soins de longue durée, un résident sur six reçoit des antipsychotiques et un sur résident sur quatre reçoit des médicaments contre l'anxiété ou des somnifères qu'il ne recevait pas auparavant. Près de 25 % des patients recevant des soins continus complexes prennent des antipsychotiques sans raison particulière. Ces médicaments peuvent avoir des effets secondaires graves et devraient être évités dans la mesure du possible. La situation ne s'est pas beaucoup améliorée pour tous ces indicateurs.
- 4. Le taux de blessures auto-infligées a diminué au cours des années précédentes, mais il y a encore des améliorations à faire.** À l'heure actuelle, il y a 89 visites aux SU par tranche de 100 000 habitants pour blessures auto-infligées. Nous constatons que les femmes dont les revenus sont les plus faibles courrent les plus grands risques. Les taux de suicide au Canada sont demeurés constants entre 2001 et 2005, soit 12 par tranche de 100 000 habitants. Malheureusement, nous ne disposons pas de données actuelles pour cet important indicateur en Ontario.

Questions importantes que les responsables et le personnel de santé doivent se poser :

- Prescrivons-nous trop de médicaments antipsychotiques et contre l'anxiété? Utilisons-nous des méthodes non médicamenteuses pour traiter les personnes agitées et souffrant d'insomnie ou d'anxiété? Offrons-nous aux personnes qui reçoivent des soins à domicile ou qui vivent dans un foyer de soins de longue durée des activités sociales ou des séances de counseling? Pour éviter la frustration chez les résidents des foyers de soins de longue durée, avons-nous recours à des stratégies comme la communication à une seule phrase, le maintien du contact visuel et les techniques de désamorçage des conflits?
- Demandons-nous à un pharmacien de procéder à des examens réguliers des médicaments en consultation avec l'avis du client/résident et des membres de la famille et du personnel?
- Si nous avons un dossier médical électronique, suit-il les tendances en matière d'utilisation des médicaments?
- Procédons-nous à des examens de dépistage des signes précoce de dépression?
- Que faisons-nous pour atteindre les populations les plus vulnérables et qu'elles obtiennent le counseling dont elles ont besoin pour réduire les incidents de blessures auto-infligées? Nos services prennent-ils en compte la culture et la situation financière et familiale des gens?

Questions importantes que les patients manifestant des symptômes de maladie mentale et les familles doivent se poser ou dont ils doivent discuter avec le fournisseur de soins :

- Est-ce que la personne montre des signes de dépression? Que fait-on pour traiter ces symptômes? Si la personne vit en foyer de soins de longue durée, y a-t-il des facteurs dans l'environnement qui pourrait contribuer à la situation? Que pourrait-on faire pour améliorer la participation aux activités ou aux réseaux sociaux?
- Mon père ou ma mère reçoit-il ou elle des antipsychotiques ou des médicaments contre l'anxiété/hypnotiques ou des somnifères (comme le Valium ou l'Ativan)? Ai-je demandé au médecin si ces médicaments sont nécessaires et s'il existe d'autres options pour traiter les problèmes d'agitation, d'insomnie ou d'anxiété?

Glossaire

Acronymes des sources de données

BDCP	Base de données sur les congés des patients	ETG	Échelle canadienne de triage et de gravité
BDPMP	Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario	ED-PIP	ED Process Improvement Program
BDPI	Base de données sur les personnes inscrites	EMRAM	Electronic Medical Record Adoption ModelSM
CFS (2008)	Fonds du Commonwealth, étude internationale de 2008 sur les adultes « plus malades », 2008	ERV	entérocoque résistant à la vancomycine
CFS (2009)	Fonds du Commonwealth, étude internationale sur les pratiques des médecins, 2009	ESF	équipes de santé familiale
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	IVU	identification par radio-fréquence
ETG	Échelle canadienne de triage et de gravité	ID/PACS	imagerie diagnostique/ système d'archivage et de transmission d'images
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé	IAM	infarctus aigu du myocarde
IRSS	Institut de recherche en services de santé	IVU	infections des voies urinaires
MFCU	ministère de la Formation et des Collèges et Universités	IECA	inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	ICC	insuffisance cardiaque congestive
ODD	Ontario Diabetes Database	MPOC	maladie pulmonaire obstructive chronique
OHIP	Assurance-santé de l'Ontario	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
RAI-HC	Resident Assessment Instrument — Home Care	OPPEC	outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies
RAI-MDS	Resident Assessment Instrument — Minimum Data Set	PIB	produit intérieur brut
SISLD	Système d'information sur les soins de longe durée	PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires	RNMH	ratio normalisé de mortalité hospitalière
		RSOS	recherche de sang occulte dans les selles
		RLISS	réseaux locaux d'intégration des services de santé
		SCC	soins continus complexes
		SLD	soins de longue durée
		SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
		PACS	système d'archivage et de transmission d'images
		TI	technologie de l'information
		TVP	thrombose veineuse profonde
		USI	unité de soins intensifs
		VPH	virus du papillome humain
		VPPP	Visualiseur des profils pharmaceutiques des patients

Autres acronymes utilisés dans le rapport

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality	SLD	soins de longue durée
ARA	antagoniste des récepteurs de l'angiotensine	SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
ANS	autres niveaux de soins	PACS	système d'archivage et de transmission d'images
CASC	centres d'accès aux soins communautaires	TI	technologie de l'information
CSC	centres de santé communautaire	TVP	thrombose veineuse profonde
CSPAAT	Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail	USI	unité de soins intensifs
DSE	dossier de santé électronique	VPH	virus du papillome humain
DME	dossiers médicaux électroniques	VPPP	Visualiseur des profils pharmaceutiques des patients



2.1

Temps d'attente aux services des urgences

C'est souvent aux services des urgences (SU), où ils se rendent en quête de soins immédiats, que les gens font connaissance pour la première fois avec le système de santé. Aux urgences, ils s'attendent à ce que leur problème soit réglé avec rapidité et efficacité. On étudie les temps d'attente aux urgences de plusieurs manières : le temps d'attente avant la prise en charge du patient par un médecin urgentiste, le temps total passé aux SU par le patient et le temps d'attente passé inutilement par le patient aux SU avant qu'un lit d'hôpital lui soit attribué, une fois prise la décision de l'hospitaliser. En général, les critères s'appliquant à ces temps d'attente varient en fonction de la gravité de l'état du patient¹. Plus l'état du patient est grave, plus rapidement sa prise en charge par un médecin doit se faire et plus longtemps il restera en général aux SU pour y recevoir un traitement.

Ce que nous souhaitons	Consequences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
Des temps d'attente courts et des interventions efficaces aux SU	Aux SU, une longue attente est fâcheuse pour les patients. Il arrive, dans certains cas, qu'un retard dans la prestation de soins ait des conséquences néfastes sur la santé d'un patient. Pour les personnes qui attendent d'être admises à l'hôpital, une longue attente sur une civière ou dans un couloir peut mettre à mal leur confort et intimité. Enfin, lorsqu'une salle des urgences est pleine à craquer en raison de longues périodes d'attente, il arrive que des ambulances soient détournées vers d'autres SU, ce qui risque de nuire aux patients ² .	Les 20 % de la population ontarienne qui se rendent au moins une fois par an aux urgences ³ . L'an dernier, ils ont représenté 5,4 millions de visites aux urgences ⁴ .	
Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage des soins dispensés aux urgences dans les temps recommandés :	78 % 73 % 75 % 83 % ⁵		Environ un quart des personnes se présentant aux urgences y passent plus de temps qu'il n'est souhaitable. Depuis l'an dernier, cette situation ne s'est guère améliorée.
Pourcentage de patients qui repartent avant d'avoir été examinés	5,7% ⁶		Six Ontariens sur 100 se présentant aux urgences, probablement fatigués d'attendre, repartent avant d'avoir été examinés ⁷ . Ce problème s'est aggravé au cours des cinq années précédentes. Il y a donc des améliorations à faire.
Temps médian avant l'évaluation du médecin, selon le niveau de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les services d'urgence (ETG) :	1,2 h ⁸ 0,9 h 1,4 h 1,2 h 0,9 h		Les gens attendent trop longtemps aux urgences avant d'être pris en charge par un médecin. Le problème a empiré depuis cinq ans. Selon les directives nationales, presque tous les patients se présentant aux urgences devraient être vus dans la demi-heure qui suit. Or, la moitié des patients attendent 1,4 heure, voire plus ⁹ . D'immenses progrès restent donc encore à faire.
Temps médian entre l'admission et le transfert vers un lit d'hôpital :	3,4 h ¹⁰ 4,0 h 3,4 h 2,3 h 1,4 h		Une fois admis à l'hôpital après une visite aux urgences, la moitié des Ontariens attendent plus de trois heures avant qu'un lit leur soit attribué. Au cours de la dernière année, ce temps d'attente a encore augmenté. Les possibilités d'amélioration sont immenses.

Sources:

1. Système de production de rapports sur les services des urgences (EDRS), avril-juin 2009, fourni par Action Cancer Ontario.

2. Base de données du SNSA (2008-2009), données fourmies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

3. Comprend les personnes des niveaux 1 (réanimation) et 2 (cas émergent) de l'ETG.

4. Comprend les niveaux 4 et 5 de l'ETG.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Retards accumulés ailleurs dans l'hôpital. Font obstacle à l'attribution d'un lit d'hôpital aux patients admis aux urgences

Inefficacité des méthodes aux SU. Certaines méthodes appliquées aux changements de postes, pour envoyer les patients faire des tests de diagnostic et recevoir les résultats ou pour hospitaliser des patients, peuvent ralentir les processus au service des urgences.

Demande inadéquate faite aux SU. Des patients dont l'état n'est pas aigu et qui se présentent aux urgences pour y obtenir des soins.

Idées d'amélioration

Meilleure coordination des soins : transférer le plus vite possible les patients qui n'ont plus besoin de recevoir des soins en milieu hospitalier vers l'endroit voulu (p.ex., domicile, soins à domicile, soins de longue durée)

- Offrir d'autres possibilités aux patients pour qu'ils aient « Accès à un autre niveau de soins » (voir la section 7.2).
- Utiliser un logiciel de gestion pour décider quand il est sans danger pour un patient de réintégrer son domicile¹¹.
- Commencer tôt la planification de la sortie de l'hôpital et veiller à ce que l'évaluation des soins à domicile ne soit pas retardée.
- Avoir en place un système de gestion des lits pour réduire le temps entre le moment où un patient quitte un lit et celui où on peut y installer un autre patient¹².

Repartir plus uniformément au cours de la semaine les interventions chirurgicales non urgentes¹³.

Ainsi, s'il y a davantage d'interventions chirurgicales non urgentes prévues le lundi que le jeudi, les possibilités pour accepter le lundi des cas chirurgicaux envoyés par les SU sont réduites, ce qui crée par ailleurs des retards supplémentaires aux urgences. Pour essayer d'éviter ce problème, la meilleure solution est de planifier uniformément les interventions chirurgicales.

Améliorations particulières des méthodes aux urgences, notamment¹⁴:

- Aire de triage rapide pour les cas les moins graves;
- Aires spéciales pour les patients ayant besoin d'être en observation pendant plusieurs heures;
- Chaises au lieu d'une salle pour les personnes n'ayant besoin d'être allongées que temporairement (p.ex., pendant l'examen physique par le médecin);
- Conception adaptée des SU pour minimiser le temps perdu par le personnel à faire des allées et venues;
- Horaire souple pour le personnel – s'entendre avec les membres du personnel pour pouvoir les appeler en cas d'un engorgement soudain aux urgences ou leur demander de rester chez eux en périodes d'accalmie.

Voir aussi l'exemple de réussite à l'hôpital Credit Valley (voir la section 12).

Systèmes informatisés. Certains hôpitaux mettent à l'essai certaines technologies, dont l'identification par radiofréquence (IRF) et le système de géolocalisation, pour déterminer où les médecins, infirmières, infirmiers et patients se trouvent à tout moment et leur faire signe de venir le moment voulu (p.ex., lorsque les résultats du laboratoire arrivent et que le patient est prêt à être évalué à nouveau)¹⁵.

Orienter davantage de cas urgents se présentant aux urgences vers d'autres services. Travailler de concert avec les médecins des soins primaires pour assurer l'accès à des soins après les heures régulières¹⁶. Encourager les gens à demander conseil à Télésanté Ontario pour déterminer s'ils doivent se rendre aux urgences. L'exemple de réussite décrit un programme de l'Hôpital général de North York qui achemine les personnes ayant une maladie mentale et se présentant aux urgences vers des services de soins communautaires leur convenant mieux.

Améliorer les services de soins primaires. Améliorer l'accès aux soins primaires (section 2.2) et la gestion des maladies chroniques (section 3.2), de façon que les patients soient moins susceptibles d'avoir besoin de soins d'urgence.

Que fait-on en Ontario?

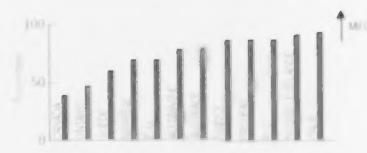
Le ministère finance des initiatives, notamment¹⁷ :

- Le Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences 2009 vise à réduire le temps passé aux services des urgences et à donner meilleure satisfaction aux patients. Des formateurs en milieu de travail collaborent avec le personnel hospitalier pour renforcer les capacités de ce dernier à mettre en œuvre des changements dans les processus.
- Un nouveau site Web public faisant état des temps d'attente aux SU (février 2009).
- Le programme de déchargement des ambulances (2008) subventionne des infirmières et infirmiers supplémentaires dans certains SU de façon que les ambulanciers n'aient pas à attendre longtemps avant qu'une infirmière ou un infirmier accepte un patient.
- Les équipes mobiles dirigées par des infirmières et des infirmiers (2008) visent à aider les foyers de soins de longue durée afin d'éviter les transferts vers les services des urgences. Les infirmières et infirmiers praticiens affectés dans des foyers de soins de longue durée font du mentorat auprès du personnel et dispensent des soins sur place.
- Le Programme de financement axé sur les résultats récompense les hôpitaux désignés dont les SU sont surchargés et où l'attente est longue pour la réduction de la durée de séjour des patients, en particulier pour les cas aigus. En 2009, ce programme a été étendu aux hôpitaux de tous les RLISS.

2.2

Accès aux soins primaires

Tous les Ontariens devraient avoir un médecin de famille traitant, qui travaille de préférence avec une équipe d'infirmières et d'infirmiers et d'autres prestataires de soins de santé. L'équipe des soins primaires connaît le dossier médical des patients, diagnostique et traite les nouveaux problèmes, surveille les états chroniques, offre des services préventifs de santé et s'occupe, s'il y a lieu, de coordonner leur aiguillage vers des spécialistes. Il est important de veiller à ce que les patients ayant besoin que leur médecin de famille exécute un service particulier n'attendent pas trop longtemps.

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage d'adultes qui n'ont pas de médecin traitant.	7,1 %*		Toute la population ontarienne (1,3 millions d'habitants)
Pourcentage d'adultes qui n'ont pas de médecin traitant et essaient activement d'en trouver un.	3,9 %*		Plus de 730 000 ¹⁶ Ontariens d'âge adulte n'ont pas de médecin traitant; plus de la moitié d'entre eux essaient activement d'en trouver un, en vain. Depuis trois ans, malgré l'augmentation du nombre de médecins ¹⁷ et des équipes de santé familiale ¹⁸ , la situation ne s'est pas améliorée.
Pourcentage d'adultes qui sont tombés malades ou qui avaient un problème médical et qui ont été en mesure de consulter leur médecin le jour même ou le lendemain.	49 %*		En cas de maladie, seuls la moitié des Ontariens peuvent voir leur médecin le jour même ou le lendemain. La situation ne s'est pas améliorée depuis deux ans.
Pourcentage de médecins affirmant que la plupart de leurs patients, voire tous, peuvent les consulter le jour même ou le lendemain.	47 %**		Par rapport à dix autres pays sondés, c'est au Canada et en Ontario que l'accès en temps opportun à des soins primaires est le pire.
Pourcentage d'adultes pensant qu'ils attendent trop longtemps avant de pouvoir voir leur médecin.	89 %*		Environ neuf Ontariens sur dix estiment qu'ils attendent trop longtemps avant de pouvoir voir leur médecin; en trois ans, la situation a empiré.

Source:

* D'après le Sondage sur les soins de santé primaires, un sondage téléphonique effectué tous les trimestres auprès d'Ontariens d'âge adulte (18 ans et plus). Les résultats les plus récents représentent les moyennes des données trimestrielles pour l'exercice financier 2008-2009.

** D'après l'enquête International Survey of Primary Care Physicians 2009, Fonds du Commonwealth, dans 11 pays. « La plupart, voire tous » signifie « plus de 60 % de médecins » que les patients peuvent consulter le jour même ou le lendemain.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRE

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Système de rendez-vous incommode ou inefficace. Lorsque les délais d'attente sont longs, le personnel de bureau perd beaucoup de temps à trier les patients selon l'urgence de leur état.

Travaux inutiles effectués dans les cabinets de soins primaires, p. ex., faire venir les patients pour obtenir des prescriptions de routine ou les résultats des examens.

Méthodes inefficaces ou manquant d'uniformité. Temps perdu à rechercher des renseignements et des fournitures, et à attendre la fin d'une étape pour pouvoir en commencer une autre.

Travail en équipe insuffisant et mauvaise utilisation du temps du personnel. Les médecins accomplissent des tâches ou des procédures dont d'autres professionnels de la santé pourraient se charger. Un meilleur travail d'équipe pourrait permettre d'augmenter le nombre de patients d'un cabinet médical et de rendez-vous disponibles.

Idées d'amélioration

Rendez-vous avec accès préalable. Cette méthode de prise de rendez-vous vise à réduire le temps d'attente du patient avant qu'il voie un médecin en soins primaires. Elle se fonde sur les principes fondamentaux régissant la gestion des files d'attente dans les cabinets de médecine familiale et peut pratiquement éliminer le temps d'attente avant l'obtention d'un rendez-vous.

- Suivre attentivement les demandes et les créneaux libres.
- Viser à harmoniser l'offre et la demande.
- Prévoir des créneaux libres pour pouvoir accepter les cas d'urgence (p.ex., si le lundi est très occupé, prévoir davantage de créneaux libres ce jour-là et des réunions facultatives les jours plus lents).
- Régler les cas accumulés dans un ordre descendant.
- Réorganiser la demande. Traiter les problèmes mineurs au téléphone (p.ex., renouvellement de certains médicaments, mais pas de tous).
- Éliminer les visites de suivi inutiles.

Pour plus de renseignements, voir le guide d'accès du COQSS www.ohqc.ca/pdfs/ohqc_access_model_for_improvement.pdf

Améliorer l'efficacité de la clinique. De simples mesures qui font gagner quelques minutes ou secondes à chaque visite à la clinique représentent en un an des jours, voire des semaines. Citons parmi ces mesures les suivantes :

- installation identique des chambres des patients;
- meilleure organisation des dossiers des patients (voir le paragraphe suivant) ;
- utilisation d'organigrammes.

Avoir en place un système de dossiers de santé électroniques (DSE) qui fonctionne bien. Si le principal avantage du DSE est d'améliorer la qualité des soins en rappelant aux patients de faire certains tests, de prendre leurs médicaments ou un rendez-vous, il fait, en outre, gagner du temps, car il permet d'avoir plus facilement accès aux résultats des tests ou à d'autres renseignements en temps réel. On peut également programmer le DSE pour qu'il surveille les temps d'attente ou l'efficacité du cabinet et fournit des statistiques à ce sujet.

Faire pleinement appel aux autres membres de l'équipe. Les cliniques de soins primaires devraient être constituées en équipes pour que d'autres professionnels de la santé disponibles aident les médecins^{12,13}. Préciser les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe. Ainsi,

- les infirmières et infirmiers ou les infirmières et infirmiers praticiens offrent des services de santé préventifs, pratiquent des tests Pap, s'occupent des immunisations ou donnent au téléphone les résultats d'analyses de laboratoire¹⁴ ;
- le personnel peut s'acquitter de tâches simples, notamment mesurer et peser les patients, prendre leur tension artérielle avec un tensiomètre automatique ou s'assurer que les données sont correctement saisies dans les organigrammes.

Que fait-on en Ontario?

- Depuis 2005, l'Ontario a mis en place 150 équipes de santé familiale, des réseaux de santé familiale, des groupes de santé familiale, des organismes de soins primaires et des cliniques dirigées par des infirmières ou infirmiers praticiens. Afin d'améliorer l'accès aux soins, ces équipes de soins sont tenues d'offrir aux patients avec ou sans rendez-vous des heures de service prolongées¹⁵.
- Le *Quality Improvement and Innovation Partnership* (partenariat pour l'innovation et l'amélioration de la qualité) a aidé plus de 120 équipes de santé familiale et centres de santé communautaire (CSC) à mettre en œuvre un système prévoyant des rendez-vous avec accès préalable et la réorganisation des bureaux¹⁶.
- En 2005, afin d'élargir son Programme des CSC, l'Ontario a investi dans 22 nouveaux centres de santé communautaire et 17 nouveaux CSC satellites¹⁷, ce qui a porté à 103 le nombre des CSC¹⁸.
- En février 2009, l'Ontario a lancé Accès Soins, un programme qui aidera les Ontariens sans fournisseur de soins de santé familiale à en trouver un. Tous les Ontariens peuvent s'y inscrire et une « personne-resource pour les soins » cherchera un fournisseur de soins de santé dans la région qui accepte de nouveaux patients¹⁹.

2.3

Temps d'attente pour une intervention chirurgicale et accès aux spécialistes

Depuis une décennie, les temps d'attente pour les chirurgies spécialisées et l'imagerie de pointe (tomographie par ordinateur et examen par IRM) font les manchettes. En 2003, les provinces et le gouvernement fédéral se sont mutuellement engagés à réduire les délais et, en 2004, l'Ontario a lancé la Stratégie de réduction des temps d'attente, stratégie qui s'est traduite par une hausse du nombre des interventions chirurgicales effectuées, l'établissement d'objectifs pour les temps d'attente (voir le tableau ci-dessous) et la création d'un système informatisé pour suivre les attentes et présenter des rapports au public. Cette année, nous examinerons à nouveau dans quelle mesure nous avons réduit les temps d'attente dans ces secteurs et passons en revue les nouvelles données sur la radiothérapie et la chimiothérapie en oncologie.

Interventions	Priorité 1 (Urgence immédiate)	Priorité 2 (Urgence élevée)	Priorité 3 (Urgence moyenne)	Priorité 4 (Urgence faible)
Chirurgie de la cataracte	Immédiatement	6 semaines	12 semaines	26 semaines
Arthroplastie de la hanche et du genou	Immédiatement	6 semaines	12 semaines	26 semaines
Chirurgie oncologique	Immédiatement	2 semaines	4 semaines	12 semaines
Examen par IRM et tomographie par ordinateur	Immédiatement	48 heures	2 à 10 jours	4 semaines
Chirurgie générale	Immédiatement	28 jours	84 jours	182 jours
Interventions cardiaques (angiographie, intervention coronarienne percutanée (ICP)* et pontage aorto-coronarien)	Les objectifs sont fixés pour chaque patient.			

*aussi connu sous le nom d'angioplastie par ballonnet : un cathéter muni d'un petit ballon est introduit dans l'artère coronaire pour débloquer les occlusions.

Sources : Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et Réseau ontarien de soins cardiaques.

Remarque : Le délai d'attente pour une intervention chirurgicale est la période comprise entre le jour où le chirurgien décide d'opérer et où le patient accepte et le jour de l'opération elle-même. Les délais visés varient selon le degré de priorité, indiquant la gravité de l'état, déterminée par le médecin principal.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Pas d'attente déraisonnable pour une arthroplastie de la hanche ou du genou	Les personnes éprouvent plus longtemps des souffrances physiques et mentales. Impossibilité de s'adonner à des activités et de faire de l'exercice, ce qui peut provoquer l'apparition de maladies chroniques (p.ex., diabète, hypertension, dépression).	Les 30 000 personnes qui subissent une arthroplastie de la hanche ou du genou tous les ans.
Pas d'attente déraisonnable pour les chirurgies de la cataracte	Les personnes souffrent plus longtemps d'une mauvaise vision et font plus de chutes ¹⁷ .	Les 140 000 personnes qui se font opérer de la cataracte tous les ans.
Pas d'attente déraisonnable pour les interventions cardiaques (pontage, ICP et angiographie)	Des preuves attestent que, si l'attente d'une chirurgie coronaire est trop longue, les patients meurent entre-temps ¹⁸ .	Les 8 300 Ontariens qui subissent un pontage aorto-coronarien, les 17 000 qui subissent une ICP et les 52 000 qui subissent une angiographie tous les ans.
Pas d'attente déraisonnable pour les traitements oncologiques – chirurgie, radiothérapie ou thérapie générale (chimiothérapie)	Des délais très longs pourraient entraîner une survie au cancer plus faible ¹⁹ . Toutefois, des délais courts qui n'ont pas d'incidence statistique sur la survie ne sont pas souhaitables, car ils stressent beaucoup les patients.	Les quelque 62 000 personnes chez lesquelles un cancer sera diagnostiqué cette année et leur famille ²⁰ .
Pas d'attente déraisonnable pour une tomographie par ordinateur ou un examen par IRM	Inopportunité de l'attente d'un diagnostic et angoisse inutile pendant cette période. Retard possible d'une chirurgie du cancer si l'on n'effectue pas immédiatement une tomographie par ordinateur ou un examen par IRM pour dépister le cancer.	Les personnes (1,6 million) qui subissent une tomographie par ordinateur et les 500 000 qui ont passé un examen par IRM ²¹ l'an dernier.
Pas d'attente déraisonnable pour voir un spécialiste	Angoisse inutile à attendre le diagnostic d'un symptôme inquiétant, ou souffrances inutiles dans l'attente d'un traitement.	Pour chaque groupe de dix personnes qui ont un médecin de famille, il y a six recommandations pour consulter un spécialiste par an ²² .
Recours à la télémédecine qui permet aux patients habitant dans des régions éloignées de ne pas se déplacer pour consulter des spécialistes.	Davantage de dérangement, de temps perdu et de manque à gagner pour les patients qui doivent se déplacer. Supplément de subventions de déplacement pour le gouvernement.	Les Ontariens qui vivent dans des localités rurales (notamment dans le Nord de l'Ontario).



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAires

Indicateurs – Attentes pour les patients atteints d'un cancer	Valeur	Tendances	Constatations
Pourcentage de chirurgies du cancer effectuées dans les délais visés :			
—●— Priorité 2	53 %*		
—●— Priorité 3	68 %		
—●— Priorité 4	90 %		
Pourcentage de patients dont la radiothérapie a commencé dans les délais visés (du moment où les patients sont prêts à recevoir le traitement jusqu'à celui où le traitement commence)	75 %**		Environ quatre patients sur cinq sont traités dans les délais visés. Au cours des derniers mois, les temps d'attente ont diminué.
Traitements systémiques (chimiothérapie) :			
Pourcentage terminé dans les délais visés :			
—●— Aiguillage vers une consultation médicale	48 %**		
—●— Consultation pour recevoir un traitement	41 %		
			Moins de la moitié des patients ayant besoin d'un traitement systémique sont vus par un spécialiste dans le délai visé, soit 14 jours. Après avoir vu un spécialiste, moins de la moitié sont traités dans les 14 jours. La situation ne s'est pas améliorée au cours des derniers mois.
Sources : * Action Cancer Ontario. Les valeurs des données représentent la moyenne de janvier à octobre 2009. ** Action Cancer Ontario. Les valeurs des données représentent la moyenne d'avril à novembre 2009.			
Indicateurs – Attentes en ce qui concerne les tests d'imagerie	Valeur	Tendances	Constatations
Pourcentage de tomodensitométries par ordinateur effectuées dans le délai visé :			
—●— Priorité 2	88 %***		
—●— Priorité 3	54 %		
—●— Priorité 4	69 %		
			Dans les 20 derniers mois, les temps d'attente des patients hautement prioritaires qui avaient besoin de subir une tomodensitométrie par ordinateur et un examen par IRM ont diminué; 88 % et 70 % respectivement de ces examens sont désormais effectués dans les délais visés. Si cette situation est encourageante, les temps d'attente des patients moins prioritaires ont empiré. Depuis six ans, les examens par IRM ont plus que doublé et les tomodensitométries par ordinateur ont augmenté de 65 %.
Pourcentage d'examens IRM effectués dans le délai visé :			
—●— Priorité 2	71 %***		
—●— Priorité 3	41 %		
—●— Priorité 4	30 %		
			À tous les niveaux prioritaires, la moyenne des délais pour subir une tomodensitométrie par ordinateur et un examen par IRM n'a pas changé et seul un examen par IRM sur trois est effectué dans le délai visé.

2 Accessible

Indicateurs – Attentes en ce qui concerne les interventions cardiaques

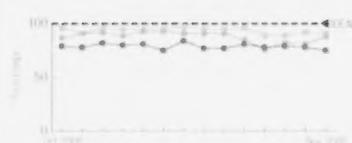
Pourcentage de pontages aorto-coronariens effectués dans le délai visé :

—●— Urgence	79 %*
—●— Urgence moyenne	87 %
—●— Intervention programmée	94 %

Valeur

Tendances

Constatations



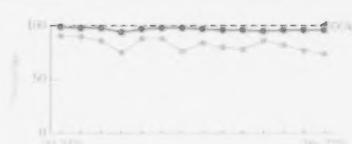
Pourcentage d'angiographies effectuées dans le délai visé :

—●— Urgence	87 %*
—●— Urgence moyenne	65 %
—●— Intervention programmée	98 %



Pourcentage d'ICP effectuées dans le délai visé :

—●— Urgence	91 %*
—●— Urgence moyenne	81 %
—●— Intervention programmée	96 %



Source :

* Réseau de soins cardiaques (RSC) de l'Ontario. Les valeurs des données représentent la moyenne de janvier à novembre 2009. Remarque : Certains patients sont passés dans la catégorie des urgences.

Autres indicateurs

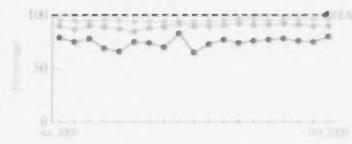
Pourcentage de cas traités dans le délai visé :

—●— Chirurgie générale	75 %**
—●— Priorité 2	91 %
—●— Priorité 3	95 %
—●— Priorité 4	

Valeur

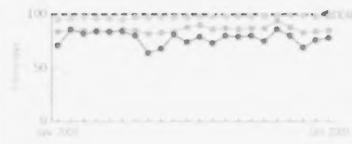
Tendances

Constatations



Chirurgie de la cataracte

—●— Priorité 2	78 %**
—●— Priorité 3	87 %
—●— Priorité 4	98 %



2.3 Temps d'attente pour une intervention chirurgicale et accès aux spécialistes



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Autres indicateurs	Valeur	Tendances	Constatations
Arthroplastie de la hanche			
—●— Priorité 2	63 %**		
—●— Priorité 3	69 %		
—●— Priorité 4	90 %		
Arthroplastie du genou			
—●— Priorité 2	62 %**		
—●— Priorité 3	64 %		
—●— Priorité 4	87 %		
Pourcentage de patients dans une population de 100 000 habitants qui a recours à la télémédecine	416***		Depuis cinq ans, on assiste à une forte augmentation du recours à la télémédecine par les patients de l'Ontario.

Sources :

** Action Cancer Ontario et système d'information sur les temps d'attente. Les valeurs des données représentent la moyenne de janvier à octobre 2009.

*** Réseau Télémédecine Ontario (RTO), 2008/09. Taux calculés à partir des dossiers sur la population de Statistique Canada.

2 Accessible

Les taux de recours à ces différentes méthodes diagnostiques n'évaluent pas la qualité des soins, mais donnent des renseignements généraux intéressants qui aident à interpréter les indicateurs de qualité ci-dessus. Les principales conclusions sont les suivantes :

Mesures d'utilisation	Valeur	Tendances	Constatations
Examens par 100 000 adultes** —●— Tomod —■— IRM	13 000* 4 100		Depuis six ans, les examens par IRM ont plus que doublé et les tomodiographies par ordinateur ont augmenté de 65 %. Or, les temps d'attente n'ont absolument pas diminué pendant cette période.
Chirurgies par 100 000 adultes** —●— Arthlopastie de la hanche —■— Arthlopastie du genou	104* 201		De 2003-2004 à 2006-2007, le taux des arthrolasies de la hanche et du genou et des opérations de la cataracte a rapidement augmenté, mais depuis trois ans il s'est stabilisé. Pourtant, en dépit de la stabilisation du taux des interventions pratiquées, les temps d'attente ont été uniformes ou ont légèrement baissé, ce qui semble indiquer que l'offre et la demande de services sont sur le point de s'équilibrer, ce qui est une bonne chose.
Cataractes par 100 000 adultes**	1 418*		
Interventions cardiaques par 100 000 adultes** —●— angiographies —■— interventions coronariennes percutanées —■— pontages aorto-coronariens	531* 176 85		Le taux des pontages aorto-coronariens a graduellement baissé. Jusqu'en 2005-2006, les ICP et les angiographies ont augmenté, mais elles ont depuis accusé une légère baisse.

Sources

* Taux tirés de la Base de données sur les congés des patients, des dossiers sur la population de Statistique Canada: Base de données sur les personnes inscrites; calculé par l'RSS. Les résultats les plus récents sont pour l'exercice financier 2006-2007.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Les gens obtiennent des services dont ils n'ont pas besoin, d'où des listes d'attente plus longues.

Des personnes « coincées » sur une liste d'attente.

Les problèmes que pose la coordination des services indispensables pour se préparer à une chirurgie.

Les problèmes que pose l'accès à d'autres services également nécessaires pour une intervention chirurgicale.

Que fait-on en Ontario?

- Des équipes d'encadrement spécialistes de l'amélioration des services périnopératoires aident les hôpitaux à gérer plus efficacement les salles d'opération⁴¹.
- Le ministère et le Réseau universitaire de santé, en collaboration avec St. Joseph's Healthcare Hamilton, a lancé un outil d'aide à la décision qui permet aux médecins de déterminer en ligne si des examens par IRM et des tomographies par ordinateur s'imposent et d'éliminer des tests inutiles, ce qui réduit les temps d'attente⁴².
- Le Système d'information sur les temps d'attente (SITA) permet à 82 hôpitaux ontariens de recueillir des données sur les temps d'attente. Le système d'information destiné au public aide les cliniciens et l'administration à surveiller et à gérer leur temps d'attente et permet à la population d'évaluer les progrès réalisés en Ontario⁴³.
- Les objectifs de rendement relatifs à l'amélioration de la qualité ont été inclus dans les ententes de responsabilisation entre le ministère et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)⁴⁴ et entre les RLISS et les hôpitaux⁴⁵.

Idées d'amélioration

Mise en œuvre de critères adaptés. Certains patients, qui n'ont pas vraiment besoin d'être opérés ou de passer des tests, sont peut-être inscrits sur une liste d'attente. Certaines études expriment des inquiétudes face au grand nombre de personnes qui, après une opération de la cataracte, ne remarquent pas une amélioration de leur vision, ce, pour la simple raison qu'elles n'en avaient pas besoin⁴⁶. D'autres études formulent des préoccupations sur les dangers du recours abusif aux tomographies par ordinateur, celles-ci émettant 100 fois plus de rayonnements qu'une radiographie normale⁴⁷. Il existe certains critères objectifs qui permettent de déterminer l'urgence de certaines procédures (p.ex., arthroplastie de la hanche et du genou^{48, 49}, chirurgie de la cataracte^{50, 51}), mais leur application n'est pas imposée pour le moment. Des critères adaptés pour le recours aux tomographies par ordinateur et aux examens par IRM sont en cours d'élaboration en Ontario⁵².

Gestion des listes d'attente. Mettre en œuvre certains principes relatifs à la gestion des files d'attente.

Équilibrer l'offre et la demande⁵³. Une bonne gestion des listes d'attente s'appuie entre autres sur un suivi attentif des demandes au point d'entrée, la prévision des futures demandes et une planification minutieuse du nombre des interventions nécessaires à présent et pour les années à venir, ce pour pouvoir répondre à la demande⁵⁴. Nous n'avons pas connaissance de volumes cibles prévisionnels particuliers pour les années à venir qui tiennent compte de ces facteurs. Il est important de fixer aux hôpitaux un plan d'action précis quant au volume de services qu'ils fourniront de façon à atteindre les objectifs visés et il est essentiel que leur plan de financement tienne compte de ces attentes.

Éliminer la liste des patients en attente⁵⁵. Un autre principe pour bien gérer les files d'attente. Même si le nombre de créneaux augmente pour répondre à la demande d'interventions, il y a sans doute toujours de nombreuses personnes qui font la file. Les temps d'attente à ce compte-là resteront indéfiniment trop longs. La solution : augmenter temporairement le nombre des interventions jusqu'à l'élimination de cet engorgement, puis reprendre le rythme précédent des procédures.

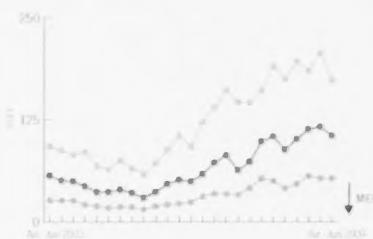
Meilleur processus de déroulement. Il semble que ce soit pour les opérations chirurgicales hautement prioritaires que le temps d'attente pose le plus grand problème. Selon nous, le problème n'est pas dû à un manque de ressources, puisque toutes les personnes ayant besoin d'être opérées finissent par l'être. C'est plutôt la coordination des services qui est à remettre en question, c'est-à-dire qu'il faut veiller à ce que tous les services nécessaires soient prévus dans l'ordre (réserver la date et l'heure des opérations, prendre les dispositions nécessaires pour les tests et les consultations préopératoires).

S'assurer de disposer d'au moins une petite capacité en excédent dans les autres services qui doivent se dérouler simultanément à la chirurgie. Après une chirurgie complexe, un patient peut avoir à séjourner au service de soins intensifs (SI). Toutefois, si ce service fonctionne à capacité presque maximale, les interventions chirurgicales seront très vraisemblablement retardées. Selon les principes régissant la gestion des listes d'attente, il faut que certaines capacités soient inutilisées pour être en mesure de surmonter un déferlement imprévu des demandes.⁵⁶ De surcroît, ce genre de situations met en concurrence différentes interventions qui rivalisent pour les mêmes lits au SI. Le potentiel de lits au SI peut ou pas être dû à un manque de lits; il faut absolument s'assurer que les lits des SI soient correctement utilisés. Les patients risquent de rester plus longtemps que nécessaire au SI s'il n'y a pas de lits normaux qui sont libres pour eux. Cette situation peut être liée aux patients nécessitant d'autres niveaux de soins lorsqu'ils sont en attente d'un transfert.

2.4

Accès aux soins de longue durée

Les personnes ayant du mal à s'occuper d'elles-mêmes comptent souvent sur les soins à domicile pour rester autonomes. En Ontario, les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) coordonnent à leur intention des services (soins infirmiers, soutien personnel, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, travail social, conseils diététiques, fournitures et appareils médicaux). De plus, les CASC s'occupent de placer dans un foyer de soins de longue durée les personnes qui ne sont plus en mesure de vivre seules, même avec des soins à domicile. Une fois la décision prise de les placer dans un foyer de soins de longue durée, il est important de faire en sorte qu'elles y entrent le plus rapidement possible. Elles risquent autrement de ne pas recevoir les soins voulus et de représenter, si leur état empire, un fardeau trop lourd pour les personnes qui s'occupent d'elles.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
Une courte attente avant d'être accepté dans un foyer de soins de longue durée	Une personne attendant son placement chez elle peut représenter un lourd fardeau pour les proches qui s'occupent d'elle. Une personne toujours hospitalisée, qui attend un lit pour soins de longue durée, occupe inutilement un lit d'hôpital, ce qui risque de provoquer un engorgement au service des urgences et le gaspillage de ressources.	Les 21 500 Ontariennes et Ontariens âgés inscrits tous les ans sur une liste d'attente qui espèrent, de concert avec leur famille et leurs soignants ⁵¹ , être placés dans un foyer de soins de longue durée.	
Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Temps médian (en jours) d'attente avant le placement dans un foyer de soins de longue durée : <ul style="list-style-type: none"> — Globalement — Pour les personnes hospitalisées : — Pour les personnes habitant chez elles : 	105 jours 53 jours 173 jours		<p>Le temps d'attente pour entrer dans un foyer de soins de longue durée est trop long, et il a triplé depuis le printemps 2005. Les personnes qui habitent chez elles doivent attendre plus de cinq mois. Cela s'est produit, en dépit d'une expansion majeure de long durée de lits de soins qui a eu lieu plus tôt dans la décennie⁵¹. Nous pouvons faire mieux que ça. Certains endroits comptent sur des solutions de recharge, comme les résidences-services, pour les personnes qui ont besoin d'un niveau de soins moindre⁵².</p>
Pourcentage de résidents placées du premier coup dans le foyer de soins de longue de leur premier choix	39 %		<p>Seules 40 % des personnes en attente d'un placement dans un foyer de soins de longue durée ont obtenu entière satisfaction (foyer de leur premier choix du premier coup). Aucune amélioration n'a été enregistrée depuis trois ans.</p>



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Problème : Longs temps d'attente pour obtenir des soins de longue durée et des soins à domicile

Pas assez de places pour les personnes qui ont besoin de soins continus. Les établissements de soins de longue durée sont pleins ou les services de soins à domicile ne disposent pas des capacités suffisantes pour accepter d'autres clients.

Classement hâtif de personnes dans la catégorie de celles ayant besoin de soins de longue durée.

Personnes inscrites sur des listes d'attente qui n'ont pas besoin de soins de longue durée. Certaines personnes sont inscrites sur une liste d'attente sous couvert qu'au moment où leur tour viendra, elles auront besoin de SLD.

Problème : Les gens n'obtiennent pas le foyer de soins de longue durée de leur premier choix

Nombre insuffisant de foyers au service de groupes particuliers

Nombre insuffisant de foyers de soins de longue durée, voire aucun, dans la localité. Certaines personnes souhaitent rester dans la localité où habitent leurs proches ou là où elles ont du soutien, mais les capacités en soins de longue durée sont insuffisantes.

Idées d'amélioration

Veiller à ce que, outre les foyers de soins de longue durée, il y ait suffisamment d'autres options, dont logements avec services de soutien⁵³ dans lesquels les personnes de santé fragile, dont les besoins en soins continus sont moindres que ceux dispensés dans un foyer de soins de longue durée, ont toutefois accès à certains soins de ce type. Dans le rapport de l'an dernier, nous avons parlé de la région avoisinante de Lethbridge (Alberta) qui applique cette méthode pour réduire le temps d'attente à seulement 29 jours et utilise de ce fait un tiers de lits de soins de longue durée de moins que l'Ontario⁵⁴. À l'heure actuelle, les maisons de retraite de l'Ontario fournissent quelques-uns de ces services, mais ces dernières ne représentent une option que pour les personnes qui en ont les moyens. Bien qu'il existe des allocations de logement pour les personnes âgées admissibles, les critères sont rigoureux et l'attente avant d'obtenir un logement subventionné peut être longue⁵⁵. De plus, même si elles sont agréées par l'Ontario Retirement Communities Association⁵⁶, ces maisons de retraite ne relèvent pas de la compétence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Envisager d'augmenter les soins à domicile. Par le passé, le nombre des heures auxquelles avaient droit les clients était plafonné; cette restriction ayant récemment été supprimée⁵⁷, certains clients pourront ainsi éviter d'être inscrits sur une liste d'attente pour obtenir des soins de longue durée. Toutefois, d'autres options, comme un logement avec services de soutien (voir ci-dessus), seraient sans doute plus rentables que des soins continus pour les personnes ayant des besoins plus lourds.

Éviter de classer hâtivement une personne comme ayant besoin de SLD. Lorsqu'elles se rendent à l'hôpital en raison d'une soudaine aggravation de leur état, certaines personnes s'entendent dire, avant même d'avoir eu la possibilité de se rétablir, qu'elles devront aller dans un foyer de soins de longue durée. Dès lors, elles risquent de vendre leur maison et de déclencher une chaîne d'événements irréversibles. Et même si elles se rétablissent mieux que prévu par la suite, il leur faudra tout de même aller dans un foyer de soins de longue durée.

S'appuyer sur des critères objectifs pour déterminer qui a vraiment besoin de soins de longue durée, ce qui signifie passer minutieusement en revue les soins de santé dont a besoin une personne pour s'assurer que seules celles ayant de lourds besoins soient inscrites sur la liste d'attente. Cette approche aidera sans doute à régler les situations où les personnes qui craignent attendre longtemps se font inscrire sur une liste « juste en cas ». Certains moyens objectifs, comme l'échelle MAPLE⁵⁸, aident les agents de la planification des soins à déterminer si, compte tenu de ses besoins, une personne mérite d'être inscrite sur la liste d'attente.

Prévoir des capacités accrues ou modifier la capacité actuelle en lits de soins de longue durée pour répondre aux besoins de groupes et communautés ethniques ou linguistiques pour lesquels les listes d'attente sont particulièrement longues. S'il existe davantage d'options, les gens auront peut-être une grande chance d'obtenir le foyer de leur premier choix.

Établir des plans régionaux pour les SLD. Les résidents ne devraient pas à avoir à déménager dans un foyer de soins de longue durée éloigné de leur communauté.

Que fait-on en Ontario?

- En août 2007, l'Ontario a lancé la stratégie Vieillir chez soi, dans le cadre de laquelle plus de 700 millions de dollars ont été attribués aux 14 RLISS de l'Ontario pour financer une série de projets et de programmes pilotes⁵⁹.
- Le programme *Home First* du RLISS Mississauga-Halton vise à renvoyer à leur domicile, avec un soutien et des soins à domicile, s'il y a lieu, les patients qui habitaient chez eux au moment de leur hospitalisation. Le cas échéant, le placement dans un foyer de soins de longue durée se fait de la maison plutôt que de l'hôpital⁶⁰.

3.1

Prescription des traitements adéquats dans les hôpitaux

Crises cardiaques, AVC et insuffisance cardiaque congestive sont des raisons courantes d'admission à l'hôpital. Il est important que certains médicaments qui sauvent des vies, empêchent de futures complications et préviennent l'état de santé soient prescrits aux patients souffrant de ces affections.

Si vous êtes hospitalisé pour les raisons suivantes :	On devrait vous donner :	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde - IAM)	Un bêta-bloquant ¹⁴ , des statines pour diminuer le cholestérol ¹⁵ et un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste du récepteur de l'angiotensine (ARA) ¹⁶	Plus d'AVC, crises cardiaques à répétition et décès	Les 20 000 personnes qui sont hospitalisées pour une crise cardiaque chaque année ¹⁴ .
Insuffisance cardiaque congestive (ICC)	IECA/ARA ¹⁵ et un bêta-bloquant ¹⁶	Davantage de décès, d'hospitalisations et détérioration de la qualité de vie	Les 15 000 personnes âgées hospitalisées chaque année en raison d'une ICC ¹⁷ .
AVC	Acide acétylsalicylique (AAS, ou aspirine) ou traitement antithrombotique (anticoagulant) ¹⁸	Davantage d'AVC à répétition	Les 16 000 personnes victimes d'un nouveau AVC ischémique chaque année ¹⁹ .
	Un médicament qui détruit les caillots pour les personnes qui ne peuvent pas se rendre dans un grand hôpital tout de suite après le début des symptômes ²⁰ .	Handicaps plus grands (p.ex., perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe, ou de la parole) et décès	
Indicateur	Résultats	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de patients âgés ayant eu un IAM qui, dans les 90 jours après leur sortie de l'hôpital, font remplir une ordonnance pour les médicaments recommandés :	<ul style="list-style-type: none"> — Statines 86 %* — Bêta-bloquants 79 % — IECA/ARA 80 % — Tous les trois à la fois 60 % 		<p>La prise de statines a régulièrement augmenté après une crise cardiaque et celles-ci sont maintenant utilisées dans 86 % des malades cardiaques. En revanche, le recours à des bêta-bloquants ou à un IECA/ARA n'a pas progressé récemment. D'après les lignes directrices, nous pourrions être en mesure d'augmenter l'utilisation de ces médicaments, jusqu'à 90 % du temps²¹.</p>
Pourcentage de patients âgés souffrant d'une ICC qui, dans les 90 jours après leur sortie de l'hôpital, font remplir une ordonnance pour les médicaments recommandés :	<ul style="list-style-type: none"> — IECA/ARA 74 %* — Bêta-bloquants 65 % — Les deux à la fois 51 % 		<p>Depuis six ans, la prise des médicaments recommandés aux patients souffrant d'une ICC à leur sortie de l'hôpital a augmenté, ce qui est encourageant. Les directives actuelles indiquent que la plupart des patients devraient sans doute prendre ces médicaments. Il reste probablement des progrès à faire en ce sens²².</p>
Pourcentage de patients avec un AVC en phase aiguë auxquels on prescrit un ASA ou un traitement antithrombotique à leur sortie de l'hôpital.	92 %**		<p>Neuf patients sur dix ayant fait un AVC se voient prescrire le traitement anticoagulant recommandé à leur sortie de l'hôpital. Depuis six ans, certains progrès ont été réalisés.</p>
Pourcentage de patients victimes d'un AVC ischémique admissible à une thrombolyse (traitement qui détruit les caillots) et qui reçoivent ce traitement dans l'heure qui suit leur arrivée aux urgences.	12 %**		<p>Seul un patient sur huit victimes d'un AVC se voit prescrire rapidement un médicament qui détruit les caillots et pourrait lui être bénéfique. Depuis cinq ans, certains progrès ont été réalisés, mais nous pouvons faire beaucoup mieux.</p>

Sources : *Base de données sur les personnes inscrites (BDS), Base de données sur les congés des patients, Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario, calculé par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), exercice financier 2008-2009. Ces indicateurs n'ont été calculés que pour les patients âgés de 66 ans et plus, car les données sur l'utilisation de médicaments n'existent que pour ce groupe. L'indicateur suit de près les ordonnances remplies. Certains patients font remplir l'ordonnance, mais ne prennent pas les médicaments, le taux de prise réelle est peut-être plus bas. **Registre du Réseau canadien contre les accidents cérébro-vasculaires (RCACV), calculé par l'ICES, 74 de l'exercice financier 2008-2009. Cet indicateur s'intéresse aux patients victimes d'un AVC ischémique / accident ischémique transitoire (AIT) qui sont en vie à leur sortie des SU ou de l'unité de soins aigus d'un centre régional pour accidents cérébro-vasculaires (Remarque : Cette analyse n'englobe pas les AVC hémorragiques). † Cet indicateur s'intéresse aux patients victimes d'un AVC ischémique qui arrivent aux SU d'un centre régional pour accidents cérébro-vasculaires dans les 2,5 heures du début des symptômes de l'AVC et sont traités dans l'heure qui suit leur prise en charge.

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES**

Causes fondamentales des problèmes de qualité

En ce qui concerne la gestion des médicaments :

Les médecins oublient de commander les médicaments ou traitements adéquats, car ils sont occupés, distraits par les problèmes d'autres patients ou ont trop de choses auxquelles penser. Il se peut aussi qu'il y ait une bonne raison de retarder initialement la prescription du médicament (p.ex., bêta-bloquants dans un cas de crise cardiaque), mais les patients oublient de commencer à les prendre le moment voulu.

En ce qui concerne l'administration de la thrombolyse en temps voulu aux patients victimes d'un AVC :

Mauvaise coordination ou communication qui crée, selon une étude américaine, d'importants retards entre la rédaction de l'ordonnance et la prescription d'un traitement thrombolytique¹².

Diagnostic tardif de l'AVC. Il est difficile de diagnostiquer un AVC chez les patients qui ne manifestent pas des symptômes typiques à leur arrivée¹³.

Tomographie par ordinateur non disponible. Une tomographie par ordinateur doit être effectuée avant de prescrire un thrombolytique.

Idées d'amélioration

Ordonnances normalisées, listes de vérification des congés ou dossiers médicaux électroniques qui génèrent des rappels cliniques.

Rétroaction régulière auprès des médecins pour leur indiquer la fréquence à laquelle leurs patients prennent les médicaments adéquats.

Créer des processus standard pour la mise en route de la thrombolyse.

Envisager de créer une **équipe spéciale pour administrer la thrombolyse**, comme l'a fait un hôpital de Calgary¹⁴.

S'assurer que les victimes d'un AVC soient directement acheminées en ambulance vers un centre pour accidents cérébrovasculaires qui a le plus d'expérience dans le traitement des AVC. À Toronto, on a vu que cela réduisait le temps nécessaire à l'administration de la thrombolyse¹⁵. C'est aussi une recommandation que l'on trouve dans les lignes directrices canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC¹⁶.

Que fait-on en Ontario?

- Lancée en 2000¹⁷, la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux a établi des centres spéciaux pour accidents cérébrovasculaires comptant le personnel et les ressources nécessaires pour dispenser des soins spécialisés – y compris des thrombolySES – en temps opportun. Les ambulances contournent d'autres hôpitaux et se rendent directement dans ces centres. Depuis, la stratégie a évolué et est devenue le Réseau ontarien de lutte contre les accidents cérébraux vasculaires. Celui-ci alloue 30 millions de dollars par an à l'appui des systèmes régionaux d'AVC¹⁸.
- Soins de santé plus sécuritaires - maintenant! est une initiative nationale qui aide les hôpitaux à améliorer les soins des patients atteints d'IAM¹⁹.

3.2

Gestion des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée. Répandues, elles touchent un Ontarien sur trois et quatre personnes âgées de 65 ans ou plus sur cinq. Ces affections ont tendance à s'aggraver progressivement au fil du temps et à causer des douleurs, des souffrances, des complications invalidantes, voire la mort prémaîture. Si l'il y a pas de cure complète pour ces affections, des changements du mode de vie, des traitements médicaux et une surveillance attentive peuvent diminuer le risque de les contracter, ou en ralentir la progression. Cette année, nous traitons du diabète et des maladies cardiaques et pulmonaires. À l'avenir, nous prévoyons en aborder d'autres.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Les gens souffrant de maladies chroniques doivent être suivis régulièrement (p.ex., examen régulier de la vue ⁸¹ et des pieds ⁸² chez les patients diabétiques) et leurs facteurs de risque surveillés (p.ex., tabagie, régime alimentaire, condition physique).	Pour l'examen de la vue et des pieds : davantage de cas de cécité ⁸³ , d'ulcères cutanés ⁸⁴ et d'amputations ⁸⁵ .	Les 885 000 Ontariens diabétiques ⁸⁶ . Les 15 000 personnes souffrant d'une insuffisance cardiaque congestive qui sont admises à l'hôpital ⁸⁷ .
Les gens souffrant de maladies chroniques devraient prendre les médicaments adéquats, avoir des connaissances sur leur maladie et savoir comment la gérer.	Davantage de décès et de complications, dont AVC, crises cardiaques, amputations et autres interventions chirurgicales en raison d'une mauvaise circulation du sang, d'une insuffisance rénale et de la dialyse. Hospitalisations et visites aux urgences stressantes pour les patients et coûteuses pour le système de santé qui auraient pu être évitées.	

Maladies chroniques : surveillance et gestion des médicaments

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de patients diabétiques qui, au cours des 12 derniers mois, ont eu un : —●— examen de la vue —●— examen des pieds	51 %* 51 %		Seuls la moitié des patients diabétiques subissent un examen de la vue et des pieds (et il se peut que ce chiffre soit trop élevé). Au Royaume-Uni, 85 % des patients diabétiques se font examiner les yeux et 80 %, les pieds. ⁸⁷ Tous les diabétiques devraient subir ces examens ⁸⁸ . Aucun progrès n'a été réalisé depuis trois ans.
Pourcentage de patients diabétiques âgés (66 ans et plus) qui, au cours de l'année écoulée, ont régulièrement fait remplir une ordonnance pour : —●— IECA/ARA ⁸⁹ —●— Statines —●— Les deux à la fois	67 %** 58 % 46 %		Un peu moins de la moitié des patients diabétiques âgés prennent les médicaments qu'il leur faut. Les médecins ont réalisé de grands progrès depuis six ans, mais il reste encore beaucoup à faire à cet égard. D'après les spécialistes, il faudrait prescrire ces médicaments à presque tous les patients diabétiques ^{89, 90, 91} .

Sources

^{*} Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, calculé par l'RSS.

^{**} Banque de données du Programme de médicaments de l'Ontario, Ontario Diabetes Database, calculé l'RSS. Cet indicateur suit les près les ordonnances remplies. Certains patients font remplir l'ordonnance, mais ne prennent pas les médicaments. Il se peut donc que le taux de prise réelle soit plus bas.

⁸¹ IECA/ARA = inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine / antagonistes des récepteurs angiotensine II



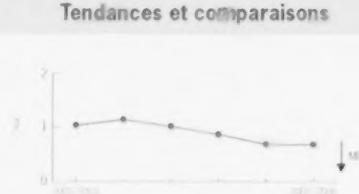
HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Gestion des complications dues à une maladie chronique

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Nombre de visites aux urgences ou d'hospitalisations en raison d'une hypoglycémie ou d'une hyperglycémie trop élevée par 100 patients recevant chaque année un nouveau diagnostic de diabète	0,68*		Environ un patient diabétique porte d'un nouveau diagnostic de diabète sur 150 a une complication grave due au traitement. Le taux de ces complications a cependant diminué.
Pourcentage de patients diabétiques depuis plus d'un an qui ont dans l'année une complication grave due au diabète:	4,5 %** 0,18 % 2,8 % 1,2 % 0,55 % 0,17 %		Environ un patient diabétique sur 20 aura dans l'année une complication grave due au diabète. Le taux de ces complications a diminué en Ontario. Pourtant, nous estimons qu'il reste encore des progrès à faire.
Taux de mortalité rajusté (possibilité de décès) dans l'année suivant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque congestive (ICC)	37***		Plus d'un tiers des patients admis à l'hôpital en raison d'une ICC meurent dans l'année suivante. Depuis six ans, la situation ne s'est pas améliorée.
Taux de mortalité rajusté pour 100 patients cardiaques de 30 jours à un an après leur première crise cardiaque	8,8***		Un patient sur 11 meurt dans l'année qui suit la crise cardiaque. Depuis trois ans, la situation s'est légèrement améliorée.

Sources:

* Base de données sur les services des urgences du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNIA); Base de données sur les soins des patients (BDOP); et Ontario Diabetes Database (ODD), exercice financier 2007-2008, calculé par l'IRSS. Les patients ont été suivis pendant un an après leur premier diagnostic de diabète.

** BDOP, Banque de données de l'Assurance-santé de l'Ontario (facturation des honoraires médicaux); Base de données sur les personnes inscrites (BDI); et ODD, exercice financier 2008-2009, calculé par l'IRSS. Les taux de complications ont été rajustés en fonction de l'âge, du sexe et de la période écoulée depuis le diagnostic de diabète.

*** BDOP, RMDP, exercice financier 2007-2008, calculé par l'IRSS. Taux de mortalité rajustés en fonction de l'âge et du sexe.

Hospitalisations liées à des affections qui auraient pu être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires

Indicateur	Valeur *	Tendances et comparaisons	Constatations
—●— Taux d'hospitalisations, par tranche de 100 000 habitants, liés à des affections qui auraient pu être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires	296		L'an dernier, 36 000 personnes ont été hospitalisées en Ontario en raison de complications dues à une maladie chronique qui aurait pu être évitée avec de bons soins primaires. Depuis six ans, ce chiffre a régulièrement diminué, mais il reste encore des progrès à faire.
—●— Taux d'admission à l'hôpital par tranche de 100 000 habitants pour les affections suivantes :			
—●— angine de poitrine	44		Le nombre d'hospitalisations pour angine de poitrine a énormément diminué, soit une baisse de plus de 50 % depuis six ans. C'est une bonne nouvelle; toutefois, nous devons aussi nous assurer que le nombre de visites aux urgences pour angine de poitrine diminue aussi.
—●— insuffisance cardiaque congestive	52		Le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque congestive a légèrement baissé. C'est la deuxième affection qui pourrait être prise en charge dans le cadre de soins ambulatoires. Il reste des progrès à faire.
—●— broncho-pneumopathie chronique obstructive (p.ex., emphysème, bronchite chronique)	85		Le nombre d'hospitalisations pour broncho-pneumopathie chronique obstructive n'a pas changé. C'est aujourd'hui la première affection qui pourrait être prise en charge dans le cadre de soins ambulatoires. Selon nous, il reste des progrès à faire.
—●— diabète	39		Le nombre d'hospitalisations pour diabète a légèrement baissé. Il y a encore des progrès à faire.
—●— asthme	42		Depuis quatre ans, le nombre d'hospitalisations pour asthme a énormément baissé.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Les médecins négligent de commander les tests, de donner des rendez-vous pour le suivi ou de prescrire le médicament adéquat.

Les médecins peuvent ignorer qu'ils n'appliquent pas les lignes directrices relatives aux maladies chroniques.

Les médecins sont trop occupés pour suivre toutes les étapes recommandées dans les lignes directrices relatives aux maladies.

Les patients ne s'impliquent pas dans leurs propres soins. Ils ne suivent pas les conseils que les médecins leur donnent sur le mode de vie à adopter ou les traitements à suivre.

Dépenses de santé non remboursables aux patients : médicaments, services de réadaptation, équipement, etc.

Les patients ne sont pas prêts à changer de mode de vie ou en sont incapables. Ils peuvent être déroutés par tous les tests ou médicaments recommandés. Ils peuvent aussi penser que se nourrir sainement coûte trop cher. Il se peut aussi que les patients n'aiment pas faire de l'exercice ou pensent que ça coûte trop cher.

Idées d'amélioration

(tirées du Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques de l'Ontario)¹²

Utiliser des organigrammes dans les dossiers des patients.

Un organigramme est un document d'une page qui compte des cases à cocher dans lesquelles on consigne la conformité aux pratiques exemplaires à chaque visite d'un patient. Souvent, pour les dossiers médicaux électroniques, ce type de rappel est intégré dans le logiciel.

Avoir un système de dossiers médicaux électroniques (DME) qui fonctionne bien. Un DME bien conçu prévient le personnel de la date à laquelle un patient doit se présenter pour une visite de suivi ou un test diagnostique, ou indique aux médecins les médicaments recommandés pour une maladie particulière (p.ex., diabète). Il peut effectuer le suivi des indicateurs clés de la qualité des soins (p.ex., pourcentage de patients qui ont leurs tests de suivi à temps ou pourcentage de patients dans la fourchette cible en ce qui concerne la tension artérielle ou le cholestérol). L'exemple de réussite (no) explique comment l'équipe de santé familiale Vision s'est servie d'un système de DME pour améliorer les soins aux diabétiques.

Faire appel à d'autres membres de l'équipe soignante. On peut confier aux infirmières et infirmiers, aux éducateurs spécialisés en diabète ou aux diététiciens la responsabilité d'effectuer tous les tests recommandés, les suivis et l'éducation des patients. Les médecins qui ne font pas partie d'une structure officielle, comme une équipe de santé familiale, peuvent faire appel à leur réceptionniste lors de la visite d'un malade chronique pour gagner du temps. Ils peuvent ainsi lui demander de peser le patient, de prendre sa tension artérielle avec un tensiomètre automatique, de saisir les données dans l'organigramme ou de lui ôter ses chaussettes pour qu'il soit prêt pour l'examen des pieds.

Enseigner aux patients l'auto-prise en charge¹³. Il s'agit d'interventions éducatives pour que les patients en sachent plus long sur leurs problèmes de santé et de séances d'encadrement pour qu'ils se fixent des objectifs d'amélioration raisonnables et progressifs cadrant avec leur mode de vie. Idéalement, c'est un conseiller agréé dans ces techniques qui devrait s'occuper de ces interventions¹⁴. Pour plus de renseignements, visiter le site www.ontpsm.net/index.php.

Simplifier la routine des patients. Consigner par écrit les instructions ou préparer de simples listes de vérification. Collaborer avec les patients pour qu'il leur soit plus facile de se rendre à un rendez-vous ou à des tests (p.ex., heures d'ouverture commodes). Trouver des médicaments à prendre une seule fois par jour ou demander aux pharmaciens de préparer des dosettes (boîtes compartimentées contenant les médicaments à prendre à des heures précises de la journée).

Encourager des changements dans le mode de vie. Sensibiliser les patients aux aliments sains à un prix abordable, dont pommes, bananes, brocoli, avoine, pastèque, courge, pommes de terre, chou vert, épinards, tofu, lait, riz sauvage, pâtes à base de farine complète. Les encourager aussi à prévoir faire tous les jours des exercices simples. Les éducateurs spécialisés dans la gestion des soins thérapeutiques devraient trouver, de concert avec les patients, des activités physiques qui attirent ces derniers. Pour plus de renseignements sur un mode de vie sain, consulter le site Web Vie saine de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/index-fra.php>) ou la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario (<http://www.fmcoeur.on.ca/site/c.pkI0L9MMJpE/b.3664609/k.BB40/Accueil.htm>). Pour de plus amples renseignements sur une saine alimentation à moindres frais, consulter le site www.onopen.ca/ToolsManager.asp?fn=previewhandout&popup=true&tid=13832

Créer des collectivités saines. S'assurer que les collectivités ont des sentiers de promenade, des groupes de conditionnement physique et des installations récréatives pour les personnes à faible revenu.

Que fait-on en Ontario?

- En juillet 2008, l'Ontario a lancé la Stratégie de lutte contre le diabète, un système complet de gestion, de traitement et de sensibilisation¹⁵. Dans le cadre de la stratégie, des subventions ont permis l'achat de pompes à insuline et de fournitures connexes pour de nombreux Ontariens¹⁶.
- Création d'un registre en ligne qui reliera les fournisseurs de soins de santé et les laboratoires, permettra de faire un suivi des progrès accomplis par les patients et de leur taux d'utilisation des bons médicaments ou des tests et aidera les patients à mieux prendre en charge leurs soins thérapeutiques¹⁷.
- Quatorze centres de coordination régionaux et 51 nouvelles équipes d'éducateurs spécialisés en diabète ont été établies dans toute la province¹⁸.
- Le *Quality Improvement and Innovation Partnership* a aidé 120 équipes de santé familiale et centres de santé communautaire à moderniser le système de prescription et de surveillance des médicaments ainsi que l'autogestion des patients diabétiques, grâce à des techniques d'amélioration de la qualité¹⁹.
- Partnership for Health* est une initiative du RLISS du Sud-Ouest visant à améliorer les soins aux diabétiques dans les cabinets de soins primaires grâce à une approche inter-disciplinaire, se fondant sur l'esprit d'équipe qui encourage les partenariats entre intervenants externes et prestataires de soins primaires²⁰.

3.3

Réadmissions

Un séjour à l'hôpital ne vise pas seulement à stabiliser les patients gravement malades, mais aussi à leur permettre de se rétablir suffisamment pour qu'ils n'aient pas à revenir. Nous avons étudié les réadmissions à l'hôpital de patients qui y avaient été traités précédemment pour une variété de problèmes de santé.

Ce que nous souhaitons

Les problèmes des patients sont réglés efficacement de façon qu'ils n'aient pas à revenir.

Conséquences en cas d'échec

Dégénération de l'état de santé du patient après sa sortie de l'hôpital en raison de la mauvaise qualité des soins qui lui ont été prodigues pendant son précédent séjour en milieu hospitalier; coût accru des soins hospitaliers en cas de réadmission; temps et productivité économique perdus pour le patient et sa famille.

Qui cela concerne?

Tous les Ontariens qui se rendent aux urgences ou à l'hôpital.

Indicateur

Taux de réadmission pour des raisons médicales :

- crise cardiaque (IAM)
- asthme

Valeur*

5,1 %
3,9 %

Tendances et comparaisons



- insuffisance cardiaque congestive (ICC)
- maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

11,0 %
7,7 %



- diabète
- AVC
- hémorragie digestive (HD)

5,5 %
2,9 %
1,8 %



Taux de réadmission pour des raisons de santé mentale :

- Dépression
- Santé mentale et toxicomanies

4,5 %
7,7 %



Taux de réadmission pour une chirurgie :

- Cholécystectomie
- Hystérectomie
- Prostatectomie

1,2 %
1,2 %
3,0 %



Taux de réadmission pour un accouchement

0,7 %



Constatations

On a enregistré une forte baisse des réadmissions pour crise cardiaque et asthme.

Ce sont pour les ICC et les MPOC que les taux de réadmission sont les plus élevés. De 2002-2003 à 2006-2007, il y a eu une légère baisse des taux de réadmission, mais depuis deux ans il n'y en a eu aucune.

Pour le diabète, les AVC et les hémorragies digestives, les taux de réadmission n'ont pas changé depuis six ans.

Depuis six ans, les taux de réadmission de personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanies n'ont pas changé. Des améliorations sont vraisemblablement possibles.

Au fil des ans, les taux de réadmission pour ces trois chirurgies communes n'ont pas changé. Les réadmissions pour ces chirurgies sont plus faibles que pour des problèmes de santé graves.

Pour les accouchements, une réadmission n'est pas courante. Aucun changement depuis six ans.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Les médicaments recommandés ne sont pas tous prescrits aux patients hospitalisés. Pour la crise cardiaque, ces médicaments sont les bêta-bloquants, l'AAAS, les IECA/ARA et les statines et pour l'ICC, ce sont les bêta-bloquants et les IECA/ARA. Pour l'asthme, des stéroïdes sont souvent nécessaires. Si les médecins sont trop occupés et oublient de commander les médicaments, les patients risquent de ne pas se voir administrer tous ceux qu'il leur faut prendre.

Les médecins et les membres du personnel n'ont pas conscience du problème que constituent les réadmissions.

Les renseignements à propos du plan de sortie ne sont pas rapidement transmis au médecin de famille. Comme cela est expliqué à la section 9.1, le processus de transmission des résumés de départ est très lent en Ontario.

Lacunes dans le savoir des patients. Les patients risquent de ne pas comprendre les instructions concernant leurs soins après leur sortie de l'hôpital : comment prendre leurs médicaments, les signes à surveiller ou qui appeler s'ils éprouvent des inquiétudes.

Mauvaise autosurveillance des patients. Ainsi, les patients atteints d'ICC qui vérifient leur poids tous les jours peuvent détecter les signes indiquant une aggravation rapide de l'ICC et modifier la posologie de leurs médicaments en conséquence avant d'avoir à se rendre à l'hôpital¹⁰³.

Les patients présentent une infection pendant leur hospitalisation. Il arrive que l'infection passe inaperçue jusqu'après leur retour chez eux, en particulier dans le cas des infections du champ opératoire.

Services de réadaptation inadéquats pendant que les patients sont hospitalisés ou après leur sortie. Les patients risquent de s'affaiblir et d'être plus susceptibles aux événements indésirables, ce qui pourrait entraîner leur réadmission.

Idées d'amélioration

Demandes d'admission normalisées, listes de vérification des congés ou rappels électroniques des systèmes d'information des hôpitaux. Tous ces éléments aideront les médecins à se rappeler de commander les médicaments adéquats.

Rétroaction de l'information sur les réadmissions, ou sur les données relatives au respect des lignes directrices aux médecins et au personnel de l'hôpital. Fournir si possible l'information à chaque médecin pour qu'il puisse élaborer son propre plan d'amélioration de la qualité.

Envisager d'établir des résumés de départ électroniques et d'autres stratégies présentées dans la section 9.1.

Simplifier les instructions données aux patients et leur routine. Il est prouvé qu'en remettant des instructions écrites aux patients à leur sortie de l'hôpital, les taux de réadmissions baissent, en particulier dans les cas d'ICC¹⁰⁴. Voir la section 9.1 pour avoir des détails sur la méthode « Montrez-moi » qui permet de s'assurer que les patients comprennent bien les instructions. Pour les asthmatiques, un plan d'action par écrit leur explique quand augmenter leurs médicaments et dans quelles circonstances, ce qui peut faire baisser le nombre de leurs visites¹⁰⁵.

Selon les preuves accumulées, les cliniques vouées au traitement de l'insuffisance cardiaque réduisent le taux des réadmissions¹⁰⁶. En général, ces cliniques pluridisciplinaires forment les patients de façon approfondie sur les causes de l'ICC, leur dispensent des conseils diététiques et leur fournissent un numéro de téléphone à composer en cas de questions. Les patients restent inscrits jusqu'à ce que leurs symptômes se soient stabilisés et qu'ils puissent prendre en charge de nombreux aspects de leurs soins.

Voir la section 4.1 pour trouver des idées sur les façons d'améliorer le contrôle des infections.

Que fait-on en Ontario?

- Le programme Télésoins à domicile met les gens en rapport avec des professionnels de la santé pour les aider à mieux gérer des maladies chroniques comme les ICC et les MPOC dans le confort de leur domicile. Le programme, qui est géré par le Réseau Télémédecine Ontario, utilise diverses technologies à distance pour permettre aux usagers d'envoyer des données (p. ex., tension artérielle, poids) à un fournisseur de soins de santé et l'informer de la manière dont leurs symptômes sont gérés. Le programme peut servir à prévenir les hospitalisations, les réadmissions et les visites aux services des urgences. Visiter <http://exweb.ont.ca/french/index.html> pour plus de détails.

3.4 Maintenir l'état de santé des résidents des foyers de soins de longue durée

Les foyers de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario s'occupent des personnes qui ont du mal à se prendre en charge. Bien qu'en vieillissant, il devient plus difficile de mener une vie indépendante, les foyers de soins de longue durée disposent de moyens pour ralentir le processus chez une partie de leurs pensionnaires. Les physiothérapeutes leur proposent des exercices, des étirements et d'autres traitements pour qu'ils continuent à marcher et à se déplacer. Les ergothérapeutes recommandent des moyens qui aident les gens à effectuer les activités de la vie quotidienne, s'habiller et se nourrir par exemple. Et pour éviter que les patients ne sombrent dans la dépression, un choix d'activités récréatives et sociales ainsi qu'un milieu agréable sont bénéfiques.

Ce que nous souhaitons	Comment y parvenir	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Maintenir la fonction vésicale	Reéducation vésicale et exercices de renforcement du plancher pelvien; s'assurer que du personnel est disponible pour accompagner les patients aux toilettes; prescription de certains médicaments	Perte d'autonomie; qualité de vie réduite; risque accru de plaies de pression	Les 75 000 résidents des 622 foyers de soins de longue durée de l'Ontario.
Préserver la mobilité	Exercices, activités, physiothérapie, appareils fonctionnels, dont cannes et ambulateurs		
Soulager la douleur	Apprendre à déceler la douleur même chez les personnes incapables de communiquer; administrer les médicaments adéquats	Souffrance inutile, qualité de vie réduite	
Éviter la dépression	Activités sociales et réseaux; environnement agréable; reconnaissance des signes précurseurs; thérapie comportementale et cognitive; traitement médicamenteux en cas de dépression grave		
Préserver les habiletés langagières, la mémoire et l'aptitude à la réflexion	Activités destinées à stimuler les fonctions cérébrales; activités sociales; un traitement peut être bénéfique en certains cas		
Éviter la perte de poids	Bilan nutritionnel, choix de repas équilibrés et accent mis sur le plaisir de manger	Énergie et mobilité moindres, perturbation de l'humeur; décès prématûre	

Indicateur	Valeur ↓ MEILLEUR	Constatations
Pourcentage de résidents connaissant une perte de plus en plus grande du contrôle de la vessie ¹	19 %	L'Ontario commence à peine à faire rapport sur ces indicateurs. Il est encore trop tôt pour dire si nous accomplissons des progrès et il n'existe toujours pas de points de référence internationaux. Quoi qu'il en soit, nous estimons qu'il serait possible de faire mieux dans tous ces domaines.
Pourcentage de résidents éprouvant de plus en plus de difficulté à s'acquitter des activités de la vie quotidienne (s'habiller, se nourrir, hygiène personnelle)	27 %	
Pourcentage de résidents dont les douleurs se sont récemment aggravées ¹	15 %	Pour plus de renseignements sur les foyers individuels, visiter notre site Web http://www.ohqc.ca/en/ltc_homes.php .
Pourcentage de résidents dont les symptômes de dépression ou d'angoisse se sont aggravés ¹	22 %	
Pourcentage de résidents dont les capacités langagières, la mémoire et l'aptitude à la réflexion ont récemment décliné ¹	10 %	
Pourcentage de résidents qui ont récemment maigrir involontairement ¹¹	7,6 %	

Sources:

¹ Instrument d'évaluation des résidents - Soins à domicile (IHSIC), avril/juin 2008, calculé par l'IOS. En vertu de ce système, un bilan de santé détaillé est administré à tous les résidents au moins une fois tous les trois mois par un membre du personnel du foyer ayant reçu une formation spéciale pour recueillir ce genre d'information. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'attache actuellement à mettre en œuvre le RALMDS dans tous les foyers de soins de longue durée de la province. Les résultats se fondent sur 217 foyers qui disposent de suffisamment de données pour établir un rapport.

¹¹ Une période d'évaluation à la suivante, généralement, tous les trois mois.

¹¹ Perte de 5 sur trois mois ou de 10 % sur six mois.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Incontinence urinaire

Manque d'information sur certaines stratégies, comme la miction sollicitée pour réduire l'incontinence.

Déclin de la mobilité

Utilisation insuffisante des aides à la mobilité, dont cannes ou ambulatoires, en raison d'un sentiment de honte, parce que le patient les juge inconfortables ou parce qu'elles ne lui ont pas été proposées.

Manque d'exercice ou réadaptation insuffisante, les services n'étant pas disponibles, étant mal adaptés aux besoins individuels ou coûtant trop cher.

Douleur

Difficulté à reconnaître l'existence de la douleur, en particulier chez les personnes atteintes de démence.

Hésitation des fournisseurs de soins à prescrire des analgésiques, par peur de créer une accoutumance.

Dépression

Isollement social, en particulier au début de l'emménagement dans un établissement de soins de longue durée ou de soins continus complexes.

Le déclin de l'état de santé général est cause de dépression.

Décès d'amis ou de membres de la famille, une situation qui devient de plus en plus courante à mesure que les gens vieillissent.

Idées d'amélioration

Formation du personnel et protocoles normalisés pour mettre en application des mictions sollicitées routinières. Veiller à ce que le nouveau personnel ou le personnel à court terme connaisse ces techniques ou travaille de concert avec des employés qui les connaissent.

Promouvoir l'utilisation d'aides à la mobilité. Faire rencontrer aux résidents ou aux clients des personnes qui ont surmonté la honte qu'elles éprouvaient à l'idée d'utiliser des aides à la mobilité et dont la vie est aujourd'hui plus active. S'assurer que les usagers ont bien appris à s'en servir et se sentent à l'aise pour les utiliser.

Évaluation régulière des besoins en matière d'aides à la mobilité.

Vérifier régulièrement les aides à la mobilité pour s'assurer qu'ils ont la taille voulue et sont dans la bonne position.

Proposer une variété d'exercices ou de traitements de réadaptation différents.

Utiliser des **échelles visuelles analogiques et des organigrammes des douleurs chroniques** pour reconnaître et surveiller les douleurs¹⁰⁴. Les inscrire dans le bilan de routine des résidents et des clients. Former tout le personnel à leur utilisation.

Élaborer des protocoles normalisés pour le soulagement de la douleur, sur lesquels tous les médecins s'accordent, en précisant comment utiliser des narcotiques à courte et longue durée d'action. Utiliser au maximum des médicaments sûrs, comme le Tylenol. Penser à ajouter des médicaments non toxicomanagés pour les douleurs chroniques (p.ex., nortriptyline ou gabapentine à faible dose)¹⁰⁵. Envisager des thérapies non médicamenteuses pour le soulagement de la douleur, comme l'acupuncture¹⁰⁷.

Dépister les signes avant-coureurs de dépression.

Offrir des activités sociales ou des réseaux sociaux.

Offrir des séances de counseling ou des antidépresseurs.

Que fait-on en Ontario?

- L'initiative « Residents First » (2010) vise à aider les foyers de soins de longue durée à réduire la fréquence des chutes, des plaies de pression, de l'incontinence et des visites aux SU et à améliorer la satisfaction des résidents. Elle prévoit des cours de formation sur l'amélioration de la qualité et sur le développement du leadership et fournit des outils d'évaluation aux foyers participants. Cette année, 100 foyers seront recrutés et, dans les cinq prochaines années, les 662 foyers pourront y participer.

3.5

Maintenir l'état de santé des personnes nécessitant des soins continus complexes

Les établissements de soins continus complexes (soins aux malades chroniques) offrent des services médicaux continus et spécialisés aux jeunes et aux moins jeunes, quelquefois pendant de longues périodes¹⁰⁹. Les soins continus complexes sont dispensés dans les hôpitaux à des personnes atteintes de maladies ou d'incapacités de longue durée exigeant en général des soins spécialisés fondés sur la technologie qui ne peuvent pas être prodigues à domicile ou dans les établissements de soins de longue durée. Outre les soins médicaux, les établissements de soins continus complexes offrent aux résidents le logement et les repas, ainsi que d'autres nécessités de la vie.

Ce que nous souhaitons	Comment y parvenir	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Préserver la fonction vésicale, la mobilité. Maîtriser la douleur. Éviter la dépression, la perte de poids.	Voir la section 3.4.	Voir la section 3.4.	En 2007-2008, les établissements hospitaliers de soins continus comptaient 22 391 résidents ¹⁰⁹ .
Préserver les aptitudes à la communication	Orthophonie en cas de problèmes	Souffrance inutile, qualité de vie réduite	
Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage des résidents des établissements de soins continus complexes avec perte du contrôle de la vessie	17 %		Dans les établissements ontariens de soins continus complexes, un pensionnaire sur six a une perte du contrôle de la vessie. Ce nombre a quelque peu baissé.
Pourcentage des résidents des établissements de soins continus complexes qui ont fait des progrès pour s'acquitter des activités de la vie quotidienne (s'habiller, se nourrir, hygiène personnelle)	27 %		Seulement un quart des résidents des établissements de soins continus complexes montrent une meilleure capacité à s'acquitter des activités de la vie quotidienne.
Pourcentage des résidents des établissements de soins continus complexes qui souffrent de douleurs dérangeantes ou aigües	25 %		Dans les établissements de soins continus complexes, un pensionnaire sur quatre souffre de douleurs aigües. Ce chiffre est en baisse, de grands progrès ayant été accomplis depuis six ans.
Pourcentage des résidents des établissements de soins continus complexes éprouvant une aggravation de la dépression ou de l'angoisse	17 %		Dans les établissements de soins continus complexes, un pensionnaire sur six éprouve une aggravation de la dépression ou de l'angoisse. Ce chiffre est en baisse régulière depuis quelques années, mais il y a encore des progrès à réaliser.
Pourcentage des résidents des établissements de soins continus complexes dont l'aptitude à communiquer est en baisse.	9,8 %		Dix pour cent de tous les résidents des établissements de soins continus complexes sont de moins en moins en mesure de communiquer avec les autres. Ce taux s'est nettement amélioré.
Pourcentage des résidents des établissements de soins continus complexes dont la mobilité (marche ou en fauteuil roulant) a décliné.	16 %		Dans les établissements de soins continus complexes, un pensionnaire sur six est moins mobile. Quelques progrès ont été réalisés.

Voir la section 3.4 pour les causes fondamentales des problèmes de qualité et les idées d'amélioration.

3.6

Maintenir l'état de santé des gens nécessitant des soins à domicile

Les clients recevant des soins de longue durée à domicile sont des personnes atteintes d'affections chroniques ayant des besoins complexes qui exigent des soins ou des services de soutien (p.ex., tâches ménagères) pendant au moins 60 jours. Bien qu'en vieillissant, il devienne plus difficile de mener une vie indépendante, les prestataires de soins à domicile disposent de moyens pour ralentir le processus chez certaines personnes.

Ce que nous souhaitons	Comment y parvenir	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne
Préserver la fonction vésicale, la mobilité, les capacités de communication, de langage, de mémoire et de réflexion. Maîtriser la douleur. Éviter la dépression, la perte de poids.	Voir les sections 3.4, 3.5.	Voir les sections 3.4, 3.5.	Tous les jours, quelque 185 000 ¹¹ Ontariens reçoivent des services par l'intermédiaire des CASC ¹² . En 2007-2008, les CCAC ¹³ ont fourni des services de soins à domicile à 572 950 ¹⁴ clients.

Indicateur	Valeur ↓ MEILLEUR	Constatations
Pourcentage de clients dont la fonction vésicale a récemment baissé ou ne s'est pas améliorée par rapport à l'évaluation précédente.	46 %	L'Ontario commence à peine à faire rapport sur ces indicateurs. Il est encore trop tôt pour dire si nous accomplissons des progrès et il n'existe toujours pas de points de référence internationaux. Quoi qu'il en soit, nous estimons qu'il serait possible de mieux faire dans tous ces domaines.
Pourcentage de clients éprouvant une nouvelle difficulté dans les activités normales de la vie quotidienne (s'habiller, se nourrir, hygiène personnelle) OU chez lesquels un ancien problème ne s'améliore pas.	44 %	
Pourcentage de clients qui ont des douleurs mal contrôlées.	22 %	
Pourcentage de clients présentant de graves signes de dépression (p.ex., profonde tristesse, retrait des activités normales).	9%	
Pourcentage de clients dont les habiletés langagières, la mémoire et l'aptitude à la réflexion se sont récemment dégradées.	48%	
Pourcentage de clients ayant un nouveau problème pour communiquer ou comprendre les autres, ou un problème existant qui ne s'est pas amélioré avec le temps.	16%	
Pourcentage de clients qui ont récemment maigrir involontairement.	3,5 %	

Voir la section 3.4 pour les causes fondamentales des problèmes de qualité et les idées d'amélioration.

3.7

Visites évitables aux urgences

Les services d'urgence sont prévus pour dispenser des soins aux personnes atteintes de maladies et de blessures graves qui nécessitent une intervention rapide et hautement spécialisée. Souvent, les gens se rendent aux urgences pour des problèmes mineurs qui pourraient être traités dans un cabinet médical ou dans une clinique ouverte après les heures régulières. Nous analysons les taux de visites évitables aux urgences en Ontario.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Que les personnes dont les troubles médicaux ne sont pas urgents (rhumes, maux de gorge, maux d'oreilles, cystites) ne soient pas traitées aux urgences, mais ailleurs (p.ex., soins primaires, clinique ouverte après les heures régulières ou centre de soins d'urgence).	Les patients qui ne relèvent pas des urgences utilisent des ressources qui pourraient servir à des patients qui en ont davantage besoin. (Les régions rurales constituent peut-être des exceptions, car les petites villes n'ont généralement pas les moyens d'avoir une clinique ouverte après les heures régulières. Il semble donc logique de se présenter aux SU pour des troubles médicaux sans urgence dans ces régions).	Tous les ans, un Ontarien sur cinq se présente dans aux SU ¹¹⁵ . Chaque année, dans les grandes villes de l'Ontario, on recense quelque 2,7 millions de visites aux urgences ¹¹⁶ .
Les résidents de foyers de SLD qui souffrent de troubles similaires, mineurs et non urgents, sont traités au foyer et ne sont pas envoyés aux urgences ¹¹⁷ .	Il est préférable d'éviter de déplacer les patients dans des lieux qui ne leur sont pas familiers, car cela peut être très angoissant, notamment pour les personnes atteintes de démence.	Les 75 000 résidents des 622 foyers de soins de longue durée de l'Ontario.
Les résidents de foyers de SLD dont l'état s'aggrave (p. ex., diabète, déshydratation) sont diagnostiqués et traités avant qu'il ne soit nécessaire de les envoyer aux urgences. .	Une visite aux urgences qui aurait pu être évitée. De plus, en traitant les problèmes plus tôt, on pourrait éviter certains préjudices aux résidents en les traitant avant que leur état ne s'aggrave.	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de visites aux urgences dans les grandes villes de l'Ontario pour des états pathologiques qui auraient pu être pris en charge ailleurs	3.9 %*		Depuis six ans, le pourcentage de visites aux urgences pour des états pathologiques mineurs qui auraient pu être traités ailleurs a régulièrement diminué.
Nombre de visites aux urgences évitables par 100 résidents de foyers de soins de longue durée chaque année	23**		Les visites évitables aux urgences sont courantes parmi les résidents de foyers de soins de longue durée. Aucun changement depuis six ans. Des améliorations importantes sont vraisemblablement possibles.
Nombre de visites annuelles aux urgences par des patients présentant un état pathologique de gravité légère, par 100 résidents de foyers de soins de longue durée	8.3***		Depuis six ans, le nombre de visites aux urgences par des résidents de foyers de soins de longue durée présentant un état pathologique de gravité légère a baissé. C'est une bonne nouvelle, mais des améliorations sont vraisemblablement encore possibles.

* Sources : Base de données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), exercice financier 2008-2009, calculé par l'IRSS.

** Base de données du SNISA et de l'Assurance-santé de l'Ontario, exercice financier 2008-2009, calculé par l'IRSS.

*** Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les congés des patients, Base de données du SNISA, exercice financier 2008-2009, calculé par l'IRSS.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Visites non urgentes aux SU

Ou bien l'objet des SU échappe aux gens ou bien ils ne sont pas au courant qu'il existe d'autres possibilités que les SU, comme les cliniques ouvertes après les heures régulières et les cliniques sans rendez-vous.

Accès insuffisant à des soins primaires. Les gens se présentent aux SU s'ils n'ont pas de médecin en soins primaires, s'ils ne peuvent pas obtenir un rendez-vous en temps opportun avec leur médecin ou s'il n'existe pas de service après les heures régulières près de chez eux.

Les patients atteints de maladies chroniques sont mal pris en charge et cela donne lieu à des situations de crises médicales. Il arrive que les patients ne suivent pas les directives du médecin en ce qui concerne l'auto-prise en charge ou que leurs fournisseurs de soins primaires ne gèrent pas correctement leurs soins.

Visites évitables aux urgences par les résidents des foyers de soins de longue durée

Le personnel de ces foyers se sent mal à l'aise pour s'occuper d'urgences relativement mineures.

Le médecin de garde n'est pas disponible pour faire une évaluation.

Manque de matériel de diagnostic médical au foyer de soins de longue durée (radiographies, services de laboratoire d'urgence, etc.), ce qui oblige les résidents à se rendre à l'hôpital.

Pression exercée par la famille pour que le résident aille aux urgences pour un bilan. Cela se produit si la famille ne fait pas confiance au personnel du foyer pour gérer la situation.

Idées d'amélioration

Campagnes de sensibilisation du public à propos du recours à bon escient aux services d'urgence. Penser à encourager les gens à composer le numéro sans frais de Télésanté Ontario pour parler à une infirmière ou à un infirmier qui les aidera à décider s'ils doivent se rendre aux SU d'un hôpital¹¹⁸.

Améliorer l'accès aux soins primaires. Meilleure organisation des cabinets médicaux, gestion des rendez-vous des patients pour réduire les temps d'attente et offre de services après les heures normales de travail. Voir la section 2.2.

Meilleure prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique. Les patients atteints d'une maladie chronique doivent être davantage impliqués dans leurs soins et dans la **prise en charge** de leurs problèmes de santé. Il faudrait gérer minutieusement les soins primaires de ces patients pour éviter des crises exigeant une intervention immédiate. Pour plus de détails, voir la section 3.2.

Formation accrue du personnel pour qu'il puisse s'occuper des urgences et les évaluer.

Envisager d'utiliser le réseau de télémédecine pour avoir accès aux conseils d'experts avec un lien vidéo.

Envisager de faire appel à des infirmières et infirmiers praticiens, soit dans le cadre de leur horaire de garde soit pour encadrer d'autres membres du personnel.

Envisager de restructurer les horaires de garde – partager un médecin de garde entre plusieurs foyers situés à proximité les uns des autres.

Rassurer la famille en lui disant que toutes les mesures ci-dessus ont été prises pour qu'une évaluation adéquate soit faite au foyer. Informer la famille des risques potentiels que pose un transfert aux urgences (p.ex., infection nosocomiale, aggravation de l'état de confusion, errance, chutes dans un milieu inconnu).

Que fait-on en Ontario?

- Au début 2009, le ministère a établi le site Web Vos options de soins de santé qui donne des renseignements sur les différentes façons de se faire soigner sans attendre (p.ex., cliniques sans rendez-vous, centre de soins d'urgence et équipes de santé familiale). Des campagnes de sensibilisation du public continuent de promouvoir l'utilisation du numéro sans frais de Télésanté Ontario, qui offre des conseils et permet de déterminer si une visite aux SU s'impose.

4.1

Les infections nosocomiales

Les personnes hospitalisées s'attendent à ce que l'hôpital fasse son possible pour éviter qu'elles contractent une infection nosocomiale pendant leur séjour. Les infections nosocomiales entraînent un gaspillage inutile des ressources en santé et des souffrances pour les patients, voire quelquefois leur décès.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
Moins d'infections nosocomiales	Davantage de décès, séjours plus longs à l'hôpital, frais hospitaliers inutiles, davantage d'invalidités et répercussions psychologiques ¹²¹ .	Quiconque est admis à l'hôpital. En 2008-2009, plus d'un million de séjours à l'hôpital ont été recensés en Ontario ¹²² .	
Indicateur	Valeur *	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux d'infections nosocomiales à <i>Clostridium difficile</i> par 1 000 jours-lit	0,27		Pour un séjour typique de six jours à l'hôpital ¹²³ , le risque de contracter une infection à <i>Clostridium difficile</i> est d'environ 1 sur 600. Depuis un an, ces taux ont baissé. Les taux de l'Ontario sont comparables à ceux d'autres endroits ¹²⁴ . En 2008, l'Ontario a mis sur pied des équipes ressources de lutte contre les infections pour aider à surmonter les écllosions ¹²⁵ , ce qui a peut-être aidé.
Infections par 1 000 jours-lit ¹²⁶ : <ul style="list-style-type: none"> Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) entérococoque résistant à la vancomycine (ERV) 	0,03		Pour un séjour typique de six jours à l'hôpital ¹²⁷ , le risque de contracter un staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) est d'environ 1 sur 6 000. L'Ontario commence à peine à faire rapport sur ces indicateurs. Il est encore trop tôt pour dire si nous accomplissons des progrès et il n'existe toujours pas de points de référence internationaux pour ces infections.
Cas par 1 000 jours-lit au service de soins intensifs ¹²⁸ : <ul style="list-style-type: none"> de pneumonie acquise sous ventilateur (PAV) d'infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) 	2,3		Pour un séjour typique de quatre jours au service de soins intensifs ¹²⁹ , le risque de contracter une PAV est de 1 sur 110 et celui de contracter une CIC est de 1 sur 210. Au Canada et aux États-Unis, de nombreux hôpitaux ont éliminé les PAV et les CIC ^{130, 131} en appliquant des protocoles simples, comme garder la tête du lit à 45 degrés et utiliser les bonnes techniques de stérilisation ^{132, 133} . Les hôpitaux ontariens devraient suivre leur exemple.
Pourcentage d'arthroplasties de la hanche et du genou pour lesquelles des antibiotiques adéquats ont été prescrits au moment opportun pour empêcher une infection du champ opératoire	93 %		L'Ontario commence à peine à faire rapport sur cet indicateur et il est encore trop tôt pour dire si nous accomplissons des progrès. Toutefois, de nombreux hôpitaux ont atteint des taux de 96 à 100 % en appliquant des protocoles normalisés avant une intervention chirurgicale ¹³⁴ . Les autres hôpitaux devraient également le faire et s'assurer que les antibiotiques adéquats sont prescrits au moment opportun pour d'autres types d'interventions chirurgicales.
Observance de l'hygiène des mains par le personnel soignant avant tout contact avec des patients	53 %		En Ontario, la moitié des prestataires de soins seulement se lavent les mains avant de voir leurs patients. Ce n'est pas suffisant. Il y a encore beaucoup de progrès à faire.

Source. *Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Voir aussi : www.ontario.ca/patientsécurité. Valeurs les plus récentes : C. difficile - Décembre 2009, prévention SARM, VRE, PAV, CIC, SSI - exercice financier Jul.-Sept. 2009/2010. Hygiène des mains, exercice financier 2008/2009. Tous les taux d'infection sont déterminés par le nombre de patients chez lesquels une infection nosocomiale vient d'être diagnostiquée, divisé par le nombre de jours-patient au cours de ce mois, multiplié par 1 000. On entend par jours-patient le nombre de jours que passent tous les patients à l'hôpital.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Les prestataires de soins oublient de suivre toutes les procédures recommandées pour prévenir les infections.

Les prestataires hésitent à suivre les procédures recommandées, car ils ne les connaissent pas bien. Ainsi, on peut prévenir les pneumonies acquises sous ventilateur en interrompant temporairement la sédatrice tous les jours, ce qui réduit grandement le temps où le patient est ventilé¹³. Toutefois, pour ce faire, il faut avoir les compétences voulues, car les patients peuvent manifester des signes de douleur et d'angoisse ou une chute temporaire de l'oxygène dans le sang.

Les prestataires ignorent à quel point ils s'écartent des lignes directrices sur la prévention des infections. Les prestataires pensent peut-être qu'ils appliquent les protocoles, alors qu'en fait ils ne le font pas.

Refus des médecins d'appliquer les lignes directrices sur la prévention des infections. Ainsi, certains médecins ne suivent pas tout le protocole de stérilisation des cathéters centraux pour éviter des infections, car ils estiment que c'est trop long à faire et doutent de son efficacité. « Je n'ai jamais eu une infection ».

POINT CENTRAL : faible observance des protocoles, en particulier de celui portant sur le lavage des mains.

Les médecins estiment que le lavage des mains est une perte de temps.

Les postes de lavage de mains ne sont pas installés aux bons endroits. Les médecins et infirmières et infirmiers doivent faire tout un détour pour se laver les mains avant d'entrer en contact avec un patient et après l'avoir quitté.

Les solutions de nettoyage des mains sont irritantes et provoquent des gerçures des mains.

Idées d'amélioration

Utiliser des listes de vérification, des organigrammes. Pour les pneumonies acquises sous ventilateur (PAV), utiliser des listes de vérification pour rappeler à tout le monde de garder la tête du lit à 45 degrés. Pour prévenir une infection des sites opératoires, utiliser une liste de vérification avant l'intervention chirurgicale pour que les antibiotiques adéquats soient administrés en temps opportun¹⁴. Donner au personnel de nettoyage une liste de vérification des éléments à nettoyer tous les jours et de ceux qu'il faut nettoyer lorsqu'un patient sort de l'hôpital^{15,16}.

S'assurer que seul le personnel qui a reçu la formation voulue pour dispenser des soins médicaux d'urgence travaille au service des soins intensifs. D'après des études, on sauve des vies en ne confiant la prestation des soins intensifs qu'à des spécialistes qui ont reçu une formation dans ce domaine¹⁷. Faire en sorte que le personnel qui se sent mal à l'aise pour effectuer une procédure soit encadré par du personnel plus expérimenté.

Surveillance régulière de la conformité aux protocoles et établissement de rapports sur le rendement^{18,19,20,21}. Chaque hôpital devrait effectuer des statistiques et en faire rapport. Dans un hôpital, il peut être utile d'établir des rapports par type de profession (p.ex., médecins, infirmières et infirmiers) et, si possible, par fournisseur pour pouvoir faire un compte rendu à chacun²².

Stratégies pour obtenir le soutien de certains médecins. Repérer dans l'hôpital les médecins « chefs de file » et les faire travailler avec ceux qui refusent de se conformer aux règles. Les chefs de file pourraient passer en revue les preuves cliniques, étudier les statistiques de l'hôpital sur les infections et prôner le changement. Tenir compte des autres idées du personnel pour que le processus soit le plus efficace possible (p.ex., avoir les fournitures toujours prêtes). Si tout échoue, s'associer avec le conseil d'administration de l'hôpital pour révoquer les priviléges de ceux qui se refusent à exercer avec la diligence appropriée²³.

Créer une culture de la sécurité¹⁴. Selon les spécialistes, les dirigeants devraient encourager des médecins et le personnel à signaler les infections en leur indiquant clairement qu'ils ne risquent aucune réprimande s'ils le font. Au contraire, des mesures seront prises pour analyser les causes fondamentales des infections et y remédier. Les membres du personnel doivent savoir que les dirigeants les appuieront s'ils signalent des cas où quelqu'un n'a pas appliqué les protocoles.

Faire en sorte que le lavage des mains devienne une habitude. Lavage des mains avant de se présenter aux patients, par exemple.

Installer les postes de lavage de mains à des endroits commodes²⁴, soit au chevet des patients, à l'entrée des chambres, à l'entrée des services ou près des ascenseurs.

Fournir des produits hydratants. Les désinfectants et les savons pour les mains sont en vente dans des formules douces contenant des ingrédients hydratants qui protègent la peau.

Que fait-on en Ontario?

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a lancé la campagne « Lavez-vous les mains » dans les hôpitaux, laquelle comprend du matériel éducatif à l'intention du personnel, des patients et des visiteurs, et des outils de vérification pour surveiller le taux de lavage des mains²⁵.
- En 2008, le ministère a rendu obligatoire la publication par les hôpitaux de rapports publics sur chacun des différents types d'infections^{14,26}.
- Le ministère a également consacré des fonds pour engager des praticiens de la lutte contre les infections et des équipes ressources de lutte contre les infections pour endiguer les épidémies¹⁴.

4.2

Événements indésirables

On entend par événement indésirable un changement inattendu et non souhaité de l'état de santé d'un patient directement lié aux soins ou aux services qui lui ont été prodigués^{153,154}. Dans de nombreux cas, ces événements peuvent être évités, car ils sont dus à une erreur médicale. Citons, à titre d'exemple, le fait d'oublier de prescrire un médicament ou un traitement, d'administrer un traitement inadéquat, d'appliquer une technique incorrecte pour effectuer une procédure, de ne pas reconnaître les signes précoces d'un état pathologique ou de poser un diagnostic erroné.

Ce que nous souhaitons

Le moins de cas possibles d'embolies pulmonaires (caillots pulmonaires) ou de thromboses veineuses profondes (TVP); de caillots sanguins dans la jambe parmi les patients ayant subi une chirurgie. Les patients qui, après une intervention chirurgicale, ne sont pas en mesure de se lever et de se déplacer, courront de grands risques de développer ce genre de caillots¹⁵⁵. Il faudrait donc leur donner des anticoagulants pour minimiser ce risque.

Éviter, pendant l'hospitalisation, des événements indésirables liés à des soins infirmiers, dont infections des voies urinaires, plaies de pression, fractures dues à une chute et pneumonies. D'après les recherches, ces événements seraient liés à une mauvaise qualité des soins infirmiers et à leur insuffisance¹⁵⁶.

Conséquences en cas d'échec

Un caillot sanguin dans la jambe peut se détacher, atteindre le poumon et provoquer une embolie pulmonaire. Pour les TVP, le risque de décès est de 5 % tandis que pour les embolies pulmonaires, il est de 33 %¹⁵⁷. L'embolie pulmonaire est la cause la plus courante de décès évitables dans les hôpitaux¹⁵⁸. Ces événements indésirables augmentent également les dépenses de l'hôpital¹⁵⁹ et peuvent provoquer des troubles persistants de la circulation du sang dans les jambes¹⁵⁴.

Douleur et souffrance, séjour plus long à l'hôpital, risque de décès.

Qui cela concerne?

En 2005-2006, on a recensé en Ontario 1 184 000 chirurgies ambulatoires et 279 000 chirurgies associées à des hospitalisations de courte durée¹⁵⁵.

Les Ontariens qui représentent au moins un million de congés hospitaliers tous les ans¹⁵⁷.

Indicateur

Valeur

Tendances et comparaisons

Constatations

Taux ajusté des embolies pulmonaires et des TVP nosocomiales par 100 interventions chirurgicales

0,49*



Après une intervention chirurgicale, un patient sur 200 développe un caillot sanguin grave. Depuis six ans, la situation ne s'est pas améliorée. Selon nous, des améliorations sont possibles.

Événements indésirables liés à des soins infirmiers :

- soins médicaux¹⁵⁸
- interventions chirurgicales¹⁵⁹
- accouchements¹⁶⁰

1,2 %**
0,2 %
2,0 %



Les taux d'événements indésirables liés à des soins infirmiers sont restés stationnaires ou ont été en légère baisse. Il est probablement possible de réduire encore davantage les événements indésirables; dans certains hôpitaux hautement performants de l'Ontario, les résultats sont meilleurs (p.ex., 1 % ou moins pour les accouchements, 0 % pour les interventions chirurgicales)¹⁶¹.

Sources :

* Base de données sur les congés des patients, 2008-2009, calculé par l'IRSS.

** Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, tiré des rapports 2008 des hôpitaux.



Causes fondamentales des problèmes de qualité

Des médecins ou d'autres professionnels oublient de suivre les procédures.

En raison de leur état de fatigue, des médecins ou des infirmières et infirmiers font des erreurs de jugement¹⁶².

Le personnel ne dispose pas d'assez de temps pour suivre toutes les procédures recommandées.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Idées d'amélioration

Ordonnances et listes de vérification normalisées.

Ordonnance normalisée pour anticoagulants après une intervention chirurgicale. Fiche de pointage normalisée des risques pour tous les malades en unité de soins intensifs, avec ordonnance normalisée d'anticoagulants pour les patients présentant un risque élevé de TVP¹⁶³.

Afin de prévenir les chutes, effectuer une évaluation normalisée des risques de chutes et envisager d'avoir des listes de vérification des pratiques recommandées pour les patients présentant un risque élevé (p.ex., laisser le lit près du sol, faire en sorte que la sonnette ou la chaise d'aisance soient facilement accessibles, chaussures antidérapantes, vérifier qu'il n'y a pas de désordre, prévoir du matériel de physiothérapie ou des appareils fonctionnels pour marcher); pour plus de détails, voir la section 4.4.

Afin de prévenir les plaies de pression, effectuer aussi une évaluation des risques et envisager des listes de vérification normalisées des pratiques recommandées (matelas spéciaux ou rembourrage; tourner régulièrement les patients immobiles; accoller des étiquettes sur les fiches des patients pour rappeler au personnel ceux qui présentent un risque élevé de plaies de pression); pour plus de détails, voir la section 4.3.

Afin de prévenir les pneumonies nosocomiales, se laver les mains systématiquement (voir la section 4.1). Après une intervention chirurgicale, utiliser invariablement la spirométrie incitative pour favoriser une respiration profonde et bien soulager les douleurs des patients qui ont mal quand ils toussent.

Évaluer la conformité aux lignes directrices et faire régulièrement rapport sur le rendement. Fournir aux chirurgiens des données sur leur taux de TVP et d'EP ou sur la mesure dans laquelle ils se conforment aux recommandations en ce qui concerne la prescription d'anticoagulants. Fournir régulièrement aux infirmières et infirmiers des données sur les événements liés à des soins infirmiers.

Restreindre les heures de garde. Les hôpitaux peuvent établir des politiques pour limiter le nombre d'heures de garde consécutives ou exiger une période de repos après la garde.

Accroître le temps de disponibilité du personnel. Il est prouvé que de nombreux événements indésirables liés à des soins infirmiers se produisent lorsqu'il y a moins d'infirmières et d'infirmiers en service¹⁶⁴. S'il est possible d'augmenter le temps que passe le personnel infirmier au chevet des malades en ajoutant des infirmières et infirmiers, il est aussi important de voir comment ce même personnel pourrait davantage s'occuper des patients en éliminant des tâches inutiles de leur description d'emploi¹⁶⁵.

4.3 La mortalité hospitalière

Les hôpitaux s'efforcent de faire nombre de choses pour les patients : leur fournir des services en temps opportun, leur procurer une expérience positive, les aider à se rétablir, etc. L'essentiel, néanmoins, reste leur aptitude à sauver des vies dans des circonstances compliquées et difficiles, ainsi qu'à éviter des décès dus aux erreurs médicales. La mortalité se mesure de deux manières : le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH), qui compare le nombre réel de décès survenus dans un hôpital au nombre auquel on pourrait s'attendre compte tenu des types de cas que voit l'hôpital, et les taux de mortalité pour certains états pathologiques ou des interventions chirurgicales particulières.

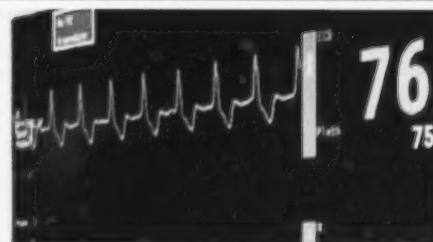
Ce que nous souhaitons	Comment y parvenir	Qui cela concerne?																							
Taux de mortalité le plus faible possible dans le cas des patients hospitalisés pour : <ul style="list-style-type: none"> – une crise cardiaque – une intervention chirurgicale (cancers compliqués, pontage aorto-coronarien) – d'autres problèmes médicaux communs (insuffisance cardiaque, pneumonie, maladie pulmonaire obstructive chronique, septicémie, cancer du poumon, AVC, insuffisance respiratoire, fracture de la hanche) 	<ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que les médicaments, tests et traitements adéquats sont prescrits aux patients – Prévenir les caillots sanguins – Suivre les listes de vérification pour des chirurgies sécuritaires – S'assurer que les procédures compliquées sont exécutées dans des établissements comptant beaucoup d'expérience dans le domaine – Ne pas retarder traitements urgents (p.ex., administration de médicaments qui détruisent les caillots dans les cas de crise cardiaque et d'AVC, ou d'antibiotiques dans les cas d'infections graves) – Appliquer les règles de prévention des infections, comme le lavage des mains – Veiller à ce que les protocoles sur la qualité et la sécurité soient appliqués (p.ex., afin d'éviter l'infection du champ opératoire ou la pneumonie acquise sous ventilateur) – Mettre en place des systèmes informatisés pour éviter les erreurs de médication 	Les Ontariens qui représentent au moins un million de congés hospitaliers tous les ans ¹⁶⁶ .																							
Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations																						
Pourcentage d'hôpitaux qui ont présenté un rapport et dont le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) a baissé par rapport à l'année précédente	73 %*	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Valeur (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1998</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>1999</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>2000</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>2001</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>2002</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>2003</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2004</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2006</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>2007-2008</td> <td>73</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Valeur (%)	1998	50	1999	50	2000	50	2001	50	2002	55	2003	60	2004	65	2005	70	2006	73	2007-2008	73	L'an dernier, sept hôpitaux sur dix qui ont présenté un rapport ont enregistré une baisse de leur RNMH. Cette tendance existe depuis 2006. Il est encore possible de faire des progrès dans ce domaine.
Année	Valeur (%)																								
1998	50																								
1999	50																								
2000	50																								
2001	50																								
2002	55																								
2003	60																								
2004	65																								
2005	70																								
2006	73																								
2007-2008	73																								
Taux ajusté des décès à l'hôpital dans les 30 jours par 100 patients admis pour un AVC	18 %**	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Valeur (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1998</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>1999</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2000</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2001</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2002</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2003</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2004</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2006</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2007-2008</td> <td>18</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Valeur (%)	1998	18	1999	18	2000	18	2001	18	2002	18	2003	18	2004	18	2005	18	2006	18	2007-2008	18	Environ un patient sur six meurt peu de temps après un AVC. De 1998 à 2006, de légers progrès ont été effectués. C'est à cette époque que la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux a été mise en place ¹⁶⁷ . Elle prévoyait des unités vouées aux AVC, des protocoles et la sensibilisation du public aux symptômes. Il se peut que cette stratégie ait joué un rôle dans les progrès enregistrés.
Année	Valeur (%)																								
1998	18																								
1999	18																								
2000	18																								
2001	18																								
2002	18																								
2003	18																								
2004	18																								
2005	18																								
2006	18																								
2007-2008	18																								
Taux ajusté des décès à l'hôpital dans les 30 jours par 100 patients admis pour une crise cardiaque – globalement	9.8 %***	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Valeur (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1998</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>1999</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2000</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2001</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2002</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2003</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2004</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2006</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2007-2008</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Valeur (%)	1998	12	1999	12	2000	12	2001	12	2002	12	2003	12	2004	12	2005	12	2006	12	2007-2008	12	Environ un patient sur 10 meurt dans le mois qui suit une crise cardiaque. Depuis 10 ans, la mortalité a régulièrement baissé, en raison probablement de nouveaux traitements (p.ex., pontage ou pose d'endoprothèses coronaires tout de suite après une crise cardiaque) et d'une utilisation plus importante de médicaments sauveteurs. On pourrait encore réduire le taux de mortalité en augmentant la prescription de médicaments adéquats (voir la section 3.1).
Année	Valeur (%)																								
1998	12																								
1999	12																								
2000	12																								
2001	12																								
2002	12																								
2003	12																								
2004	12																								
2005	12																								
2006	12																								
2007-2008	12																								

Sources :

* Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2008.

** Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2006.

*** Basé sur les données sur les congés des patients (BDCP). Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) : exercice financier 2007-2008, calculé par NPSC. Le RNMH est le rapport entre les décès réels (observés) et les décès prévus. Il met l'accent sur les groupes de diagnostics dans lesquels se produisent la plupart des décès en milieu hospitalier. Il est ajusté au moyen d'un modèle de régression logistique, en fonction des diverses facteurs qui influencent la mortalité en milieu hospitalier, notamment l'âge, le sexe, la durée du séjour, la catégorie d'admission, le groupe de diagnostics, les comorbidités et le transfert depuis un autre établissement de soins de courte durée. Un ratio de 100 signifie qu'il n'y a pas de différence entre le taux de mortalité à l'échelle locale et le taux de mortalité moyen à l'échelle du Canada, étant donné les types de patients pris en charge. Un ratio supérieur à 100 indique que le taux de mortalité à l'échelle locale est supérieur au taux de mortalité moyen à l'échelle du Canada. Ratio normalisé de mortalité hospitalière, ICIS. http://www.chu.ca/chuweb/dispPage.jsp?cse=rsmt_results.html#



Voir 3.1, 4.1 et 4.2 pour des idées d'amélioration concernant la prise en charge des crises cardiaques, des AVC, de l'insuffisance cardiaque, des infections nosocomiales, des embolies pulmonaires et des diagnostics erronés qui pourraient affecter la mortalité.

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Les pratiques exemplaires pour la préservation de la vie ne sont pas appliquées. Entre autres, on ne dispense pas soit les médicaments ou services adéquats dans les cas de crise cardiaque, d'AVC, d'insuffisance cardiaque congestive, de diabète ou d'autres états pathologiques graves.

Manque d'expérience pour la prise en charge de certaines affections. Les taux de mortalité baissent lorsque des opérations chirurgicales pour un cancer de l'œsophage, du pancréas et du foie, une chirurgie cardiaque¹⁰, la réparation d'un anévrysme abdominal¹¹ et d'une endartériectomie carotidienne¹² sont exécutées par des chirurgiens expérimentés travaillant dans des hôpitaux spécialisés.

Retards dans la prestation de soins urgents. Dans le cas de crises cardiaques, il est essentiel que les patients reçoivent une thrombolyse ou soient opérés rapidement; la thrombolyse rapide s'impose aussi pour les patients victimes d'un AVC; des antibiotiques doivent être prescrits le plus vite possible aux patients atteints d'une pneumonie.

Défaut de venir en aide au patient. Des signes de dégradation rapide ne sont pas reconnus ou pris en charge suffisamment tôt, en raison d'une mauvaise communication, de changements de quart, de l'inexpérience des fournisseurs de soins, ou parce que le personnel soignant est trop occupé ou distrait.

Aucune responsabilisation vis-à-vis des résultats des patients.

Aucune conséquence ne négative ou ne positive pour les hôpitaux ou les professionnels de la santé, que le taux de mortalité des patients soit élevé ou faible.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Idées d'amélioration

Ordonnances et listes de vérification normalisées. Ordonnances ou listes de vérification des congés normalisées pour ces maladies afin de s'assurer que les médicaments adéquats sont prescrits. Utilisation de la liste de vérification de chirurgie sécuritaire, laquelle permet de s'assurer que le personnel de la salle d'opération a vérifié l'identité du patient, l'opération qu'il doit subir, ses allergies – le cas échéant, la perte de sang prévue, les antibiotiques à lui administrer, etc.¹³.

Centres spécialisés, pour l'excellence des soins. Les lignes directrices canadiennes en matière d'AVC recommandent que les patients soient, dans la mesure du possible, envoyés dans des centres voués au traitement des accidents vasculaires-cérébraux¹⁴, car ces derniers obtiennent de meilleurs résultats. S'assurer que certaines interventions chirurgicales ne sont exécutées que dans des hôpitaux qui gèrent un volume minimum de cas et uniquement par des chirurgiens qui effectuent un nombre minimum d'interventions par an.

Mettre en place des processus ou des cheminements cliniques normalisés. Déterminer à l'avance qui fait quoi, quand, et dans quel ordre. On décidera ainsi si l'administration de la thrombolyse sera effectuée dans l'ambulance ou par du personnel infirmier. Il est important que des personnes clés soient disponibles en tout temps pour que des décisions puissent être prises (p.ex., personnes pouvant lire un ECG ou une tomographie par ordinateur du cerveau).

Envisager de mettre sur pied des équipes d'intervention d'urgence¹⁴ composées de cliniciens ayant de l'expérience en matière de soins aigus que quiconque puisse appeler à tout moment pour évaluer et stabiliser un patient dont l'état se dégrade. Envisager d'enseigner des techniques de communication, comme celles de la liste de SBAR (situation-back-ground assessment recommandation ou situation-contexte-évaluation-recommandation) afin d'aider le personnel infirmier à décrire avec exactitude à un médecin le caractère critique d'une situation¹⁵.

Envisager d'intégrer, aux ententes de responsabilisation conclues avec les hôpitaux, les attentes en matière de volume et de résultats pour ces interventions chirurgicales. Ou n'attribuer de subventions qu'aux hôpitaux qui satisfont aux normes relatives au volume minimum.

Que fait-on en Ontario?

- Le 30 décembre 2008, il a été demandé aux hôpitaux admissibles de faire publiquement rapport de leur Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)¹⁶. Ils sont tenus de le faire tous les ans.
- À partir du 31 juillet 2010, tous les hôpitaux comptant une salle d'opération seront tenus de divulguer publiquement s'ils utilisent une liste de vérification de chirurgie sécuritaire. Une liste de vérification de chirurgie sécuritaire comprend les tâches les plus courantes qu'effectuent les équipes des salles d'opération et évite de ne compter que sur la mémoire. Les listes de vérification se sont avérées utiles pour réduire les taux de mortalité et de complications chez les patients subissant une intervention chirurgicale¹⁷.
- Soins de santé plus sécuritaires - maintenant! est une initiative nationale qui vise à améliorer la qualité des soins grâce à dix interventions qui, si elles sont sérieusement mises en œuvre réduisent la mortalité (p.ex., mortalité due aux infarctus aigus du myocarde, aux infections nosocomiales, aux thromboses veineuses profondes et aux embolies pulmonaires¹⁸).

4.4

La sécurité des médicaments

Les médicaments sauvent des vies et améliorent la qualité de vie, mais ils ont aussi des effets secondaires qui sont souvent beaucoup plus graves chez les personnes âgées. En effet, leurs problèmes médicaux, plus compliqués, peuvent entraîner davantage d'interactions médicamenteuses. On peut éviter environ 42 % de tous les effets indésirables des médicaments¹⁰⁹ en évitant de prescrire certains médicaments que l'on sait dangereux pour les personnes âgées et en s'assurant qu'il n'y a aucune confusion quant aux médicaments ou doses qu'une personne doit prendre.

Ce que nous souhaitons

Qu'on évite de prescrire certains médicaments qui ont de graves effets secondaires pour les personnes âgées et pour lesquels il existe des substituts (liste de Beers des médicaments à éviter¹¹⁰ et liste de médicaments de l'AHRQ à « ne prescrire en aucun cas »).¹¹¹

Qu'on évite de prescrire un médicament antipsychotique ou un anxiolytique sans raison valable.

Qu'on s'assure que le médecin traitant a remis aux patients une liste à jour de leurs médicaments.

Conséquences en cas d'échec

Risque accru de chutes, d'étourdissements, de confusion, de décès; effets secondaires irritants, comme la sécheresse buccale.

Davantage de chutes, d'étourdissements, de confusion, d'AVC et de décès.¹¹²

Risque accru d'erreurs médicamenteuses qui peuvent entraîner des symptômes temporaires ou l'invalidité, voire la mort.

Qui cela concerne?

La sécurité des médicaments touche les 1,3 millions d'habitants de l'Ontario, en particulier la population âgée de 65 ans et plus¹¹³ (1,8 million).

Indicateur

Valeur

Tendances et comparaisons

Constatations

Pourcentage de résidents âgés des foyers de soins de longue durée à qui est prescrit :

- un médicament qui ne devrait pas être prescrit à une personne âgée (liste de Beers)
- un médicament qui ne devrait en aucun cas être prescrit à une personne âgée (liste de l'AHRQ)

17 %*
0 %



La prescription à des personnes âgées de médicaments à éviter diminue petit à petit. Il est probablement encore possible de mieux faire faire. La bonne nouvelle : en Ontario, on ne prescrit plus aux résidents âgés des foyers de soins de longue durée des médicaments qu'il ne faudrait jamais leur donner.

Pour plus de renseignements, visiter notre site Web à http://www.ohqc.ca/fr/tc_landing.php.

Pourcentage de résidents âgés des foyers de soins de longue durée à qui est prescrit :

- un médicament antipsychotique alors qu'ils n'ont pas de troubles psychotiques
- un anxiolytique ou un hypnotique, cette prescription n'étant appuyée par aucun diagnostic précis

17 %**
30 %

↓ MIEUX

Pourcentage de nouveaux résidents de foyers de soins de longue durée (âgés de 65 ans et plus) chez qui on a instauré certains médicaments sans raison apparente :

- médicament antipsychotique
- benzodiazépine

15 %***
25 %

↓ MIEUX

Peu de temps après son entrée dans un foyer de soins de longue durée, un résident sur six se voit prescrire un médicament antipsychotique et un sur quatre un anxiolytique ou un sédatif qu'il ne prenait pas auparavant (p.ex., le médecin du foyer de soins de longue durée a prescrit le médicament et pas le médecin de famille précédent ou le spécialiste à l'hôpital). Ces médicaments devraient être évités le plus possible. De 2005 à 2008, il n'a eu que de légères améliorations à cet égard.

Pourcentage de résidents d'établissements de soins continus complexes (SCC) qui prennent un médicament antipsychotique sans raison apparente

23 %†

↓ MIEUX

Pourcentage de médecins qui remettent systématiquement à leurs patients une liste de tous médicaments qu'ils prennent

13 %††

↑ MIEUX

Près du quart des résidents d'établissements de soins continus complexes prennent un médicament antipsychotique sans raison apparente. Depuis quatre ans, ce taux n'a pas changé.

Seul un médecin ontarien sur sept remet à ses patients une liste des médicaments qu'ils prennent. Des progrès restent à faire. L'Ontario et le Canada se classent à cet égard derrière plusieurs grands pays sondés.

Sources : * Base de données sur les personnes inscrites (BDPI). Banque de données des demandes de prestations pour frais médicaux au titre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Base de données sur les congés des patients, 2008-2009, calculé par l'RSS. ** Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD), ensemble des données du RAMDS (Institut d'évaluation des résidents – jeu de données minimum), 2008-2009, calculé par l'RSS. *** BDPI. Base de données sur les congés des patients, base de données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, base de données sur le profit des clients. Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario, avril 2007 - février 2008, calculé par l'RSS. † Ensemble de données de SISLD, 2008-2009, calculé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. †† 2009 International Survey of Primary care Physicians, Fonds du Commonwealth.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Un comportement inapproprié chez un patient, comme l'agressivité, incite le médecin à lui prescrire un antipsychotique ou un sédatif hypnotique.

Il est difficile d'interrompre l'administration d'un médicament lorsque le patient le prend depuis des années, en raison d'une accoutumance ou d'une tolérance au médicament. Lors de l'interruption de la prise d'un médicament, un syndrome de sevrage avec insomnie ou maux de tête peut apparaître¹⁴⁸.

Les médecins ne se rendent peut-être pas compte qu'ils ont prescrit un médicament potentiellement dangereux.

Les médecins ou pharmaciens ne sont peut-être pas au courant de tous les médicaments que prend un patient à un moment donné, ce qui peut constituer un problème dans le cas des patients qui reçoivent des soins à domicile et qui sont suivis par plusieurs médecins (p.ex., plusieurs spécialistes) et qui font remplir leurs ordonnances dans différentes pharmacies. Il se peut que les médecins ne disposent pas de la liste complète des ordonnances et que les pharmacies n'aient pas le dossier complet des ordonnances pour les examiner.

Idées d'amélioration

Approches non médicamenteuses en cas de comportement inapproprié¹⁴⁹ : appliquer des méthodes de « désamorçage » en cas de conflit, s'assurer de garder un bon contact visuel, s'exprimer en termes simples, donner des instructions une étape à la fois et éviter que le résident se sente pressé par le temps.

Sevrer petit à petit les patients de ces médicaments¹⁵⁰ (p.ex., baisser un peu la dose chaque semaine, pendant plusieurs semaines).

Envisager des approches non médicamenteuses, comme une thérapie cognitivo-comportementale pour éliminer la cause sous-jacente de l'angoisse.¹⁵¹

Administrer des médicaments plus sûrs. Pour l'angoisse, certains antidépresseurs, par exemple, sont préférables à un sédatif hypnotique.¹⁵²

Envisager l'administration d'un traitement pour les effets secondaires du syndrome de sevrage, par exemple de la carbamazépine pour minimiser le syndrome de sevrage à la benzodiazépine¹⁵³.

Surveiller les habitudes de prescription. Rétroaction individuelle auprès des foyers de soins de longue durée à propos de leur utilisation de médicaments potentiellement dangereux.

Programmes de formation continue en pharmacothérapie¹⁵⁴. Les pharmaciens travaillant pour ces programmes rendent visite aux médecins à leur cabinet pour les encourager à utiliser des médicaments éprouvés scientifiquement dans différentes situations. Contrairement aux représentants des compagnies pharmaceutiques, ils donnent des renseignements impartiaux.

Passer régulièrement en revue la liste des médicaments d'un patient préparée par le pharmacien. Les pharmaciens ont la formation voulue pour dépister les interactions médicamenteuses possibles et sont en mesure de signaler des doses ou des médicaments potentiellement dangereux.

Supprimer les médicaments les plus dangereux du formulaire du foyer de soins de longue durée.

Mettre en place un système de dossiers médicaux électroniques qui fonctionne bien. Les médecins entrent électroniquement les ordonnances, ce qui élimine les erreurs pouvant survenir lorsque celles-ci sont écrites à la main. Le dossier médical électronique a aussi l'avantage de signaler les ordonnances potentiellement nocives. Un dossier médical électronique permettant aux différents médecins et pharmaciens d'échanger des informations contribue à ce que la liste des médicaments soit toujours à jour.

Encourager les patients à faire remplir leurs ordonnances à la même pharmacie. Il est alors plus facile pour le pharmacien d'être à l'affût des interactions médicamenteuses.

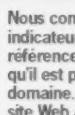
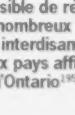
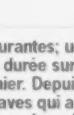
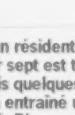
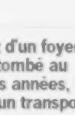
Que fait-on en Ontario?

- Le programme MedsCheck permet aux Ontariens d'avoir un entretien avec un pharmacien pour effectuer un examen de tous leurs médicaments, de repérer les interactions médicamenteuses éventuelles et d'obtenir la liste exacte et à jour des médicaments qu'ils prennent¹⁵⁵.
- L'Ontario a indiqué son intention d'établir un programme de formation continue en pharmacothérapie¹⁵⁶.
- Le groupe de travail *Task Force on Medication Management in long-term care homes*, formé en 2008, s'attache à trouver des moyens pour optimiser les bonnes pratiques de gestion des médicaments¹⁵⁷. Le rapport du groupe de travail sera en principe rendu public en 2010.

4.5 Éviter les préjudices dans les établissements de soins de longue durée et de soins continus complexes

En général, les résidents des établissements de soins de longue durée sont des personnes qui ne peuvent plus vivre de manière indépendante à domicile et qui ont besoin d'un accompagnement soutenu. Quant aux résidents des établissements de soins continus complexes, ils ont des besoins en services médicaux complexes et spécialisés encore plus grands pour fonctionner au quotidien. Souvent, les résidents de ces deux types d'établissements ont un handicap physique et souffrent d'une partie des fonctions cognitives (mémoire, langage et aptitudes à la réflexion). Par ailleurs, ces déficiences ont fréquemment des répercussions sur leur humeur. En raison de tous ces facteurs, ils courrent de grands risques d'être victimes d'incidents pouvant mener à des préjudices involontaires. Il est essentiel que les prestataires de soins de santé fassent tout leur possible pour minimiser les risques de préjudice.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Éviter les chutes	Lésions, fractures, décès; davantage de visites aux urgences et d'hospitalisations	Les 75 000 résidents des 622 foyers de soins de longue durée de l'Ontario.
Éviter les nouvelles plaies de pression	Douleurs et préjudices; aggravation des infections; risque d'amputation, voire de décès	Les résidents des établissements de soins continus complexes.
Éviter le recours à la contention physique	Perte de contrôle et dépression; fait paradoxalement, les chutes augmentent; risques d'accident en raison de la contention (p.ex., asphyxie) ¹⁴⁴	
Éviter l'aggravation des troubles du comportement (p.ex., agressivité ou errance)	Souffrances physiques ou psychologiques pour le résident concerné, les autres résidents et le personnel	
Éviter les infections urinaires	Peuvent entraîner des infections plus graves	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de résidents avec une nouvelle ¹ plaie de pression (stade 2 ou supérieur)	2,8 %* 5,5 %**		Un résident sur 36 développe une nouvelle plaie de pression grave tous les trois mois, ce qui équivaut à un résident sur neuf tous les ans.
Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée dont les troubles du comportement se sont récemment aggravés ²	11 %*		Un résident d'établissement de soins continus complexes sur 18 développe une nouvelle plaie de pression tous les trois mois, soit deux fois plus que les résidents des établissements de soins de longue durée. Depuis cinq ans, certains progrès ont été réalisés.
Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée qui ont récemment ³ eu une infection urinaire	4,5 %*		Nous commençons à peine à faire rapport sur ces indicateurs et il n'existe toujours pas de points de référence internationaux. Toutefois, nous pensons qu'il est possible d'accomplir des progrès dans ce domaine. Pour plus de renseignements, visiter notre site Web à http://www.ohqc.ca/fr/ltc_landing.php .
Pourcentage de résidents qui étaient sous contention	17 %* 16 %**		Il est possible de réduire le recours à la contention. De nombreux établissements adoptent une politique interdisant l'usage de la contention et de nombreux pays affichent un taux très inférieur à celui de l'Ontario ¹⁴⁵ .
Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée qui ont fait une chute dans les 30 derniers jours	13 %*		Les chutes sont courantes; un résident d'un foyer de soins de longue durée sur sept est tombé au cours du mois dernier. Depuis quelques années, le taux des chutes graves qui a entraîné un transport aux urgences n'a pas changé. Bien que nous n'ayons toujours pas de points de référence ou d'objectifs précis en ce qui concerne les chutes, nous estimons que des progrès sont encore possibles.
Taux annuel de chutes parmi les résidents âgés (65 ans et plus) de foyers de soins de longue durée qui ont entraîné un transport aux urgences ou une hospitalisation par 100 années-résident	14 %***		
Pourcentage de résidents de foyers de soins continus complexes qui jusqu'ici ne faisaient pas de chutes et qui sont tombés dans les 90 derniers jours	3,5 %***		

Sources: ¹ Durée période d'évaluation à la suscette, en général, tous les trois mois. ² RAMDS (instrument d'évaluation des résidents - jeu de données minimal). En vertu de ce système, un bilan de santé détaillé est administré à tous les résidents au moins une fois tous les trois mois par un membre du personnel du foyer ayant reçu une formation spéciale pour recueillir ce genre d'information. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'efforce actuellement d'ajouter en ligne le RAMDS dans tous les foyers de soins de longue durée de la province. Les résultats se fondent sur 217 foyers qui disposent de suffisamment de données pour établir un rapport. ³ SISLD, exercice financier 2008-2009, calculé par le MSSLD. * montre que la façon de calculer le taux des chutes dans les établissements de soins complexes et dans les établissements de soins de longue durée est très différente et nous ne sommes pas en mesure de dire si les chutes sont plus fréquentes dans les uns ou les autres. La COQSS encourage les groupes de normalisation à harmoniser les définitions dans les prochaines années.

*** Base de données sur les personnes inscrites. Banque de données des demandes de prestations pour frais médicaux, au titre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Base de données sur les congés des patients. Base de données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNSA), 2008-2009, calculé par l'RSS.



Pour les chutes, voir la section 4.6

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Problème : Des plaies de pression apparaissent chez les patients

Les personnes qui courrent le risque d'avoir des plaies de pression ne sont pas dépistées suffisamment tôt.

Le personnel n'a pas conscience de l'étendue du problème.

Formation insuffisante sur les pratiques exemplaires. Par exemple, combien de fois changer de position un patient dans l'incapacité de bouger, comment déplacer un patient fragile sans lui écorcher la peau et surveiller les premiers signes de plaies de pression.

Manque d'uniformité des méthodes parmi le personnel ou les médecins.

Manque de temps pour appliquer toutes les pratiques exemplaires. Tourner les patients immobiles prend du temps au personnel.

Pénurie de matériel adéquat.

Problème : Utilisation de la contention physique

Idée fausse voulant que la contention empêche les chutes. Certains membres du personnel ou de la famille pensent que la contention empêche les chutes. Des membres de la famille peuvent demander au personnel de l'utiliser.

La contention éviterait que le patient se lève sans supervision.

Le personnel est trop occupé pour s'occuper de tous les patients. Le personnel n'ayant pas toujours le temps de surveiller les résidents susceptibles d'errer ou ceux qui sont instables en position debout lorsqu'ils se déplacent sans aide, a recours à la contention pour pouvoir gérer le volume de travail.

Problème : Les troubles du comportement s'aggravent

Les résidents sont frustrés ou contrariés.

L'aggravation des troubles du comportement fait partie de la maladie elle-même (p.ex., maladie d'Alzheimer ou démence).

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Idées d'amélioration

Offrir la formation et le soutien voulu. Il faudrait renforcer la formation par une surveillance régulière du rendement et jumeler les membres du personnel inexpérimentés avec d'autres qui connaissent bien les protocoles.

S'assurer que tous les résidents font l'objet d'une évaluation des risques normalisée pour les ulcères cutanés.

Élaborer des ordonnances normalisées sur lesquelles tous les médecins tombent d'accord (p.ex., pour le traitement des ulcères cutanés).

Rétroaction pour tout le personnel sur des données en temps réel sur l'incidence et la prévalence des ulcères cutanés.

Éliminer d'autres activités qui font perdre du temps, comme la reproduction de documents, pour que le personnel passe plus de temps à s'occuper des malades.

Disponibilité du matériel adéquat, comme des matelas qui réduisent le risque de formation de plaies de pression.

Sensibilisation aux dangers de la contention. Selon les recherches, la contention peut provoquer davantage de chutes, augmenter le risque de plaies de pression et d'asphyxie et aggraver une lésion – au cas où un patient sous contention viendrait à faire une chute. De plus, la contention aggrave l'état dépressif et le sentiment de détresse¹²⁶.

Avoir recours à d'autres solutions pour pister un éventuel aventurier qui se lèverait. Exemples : système d'alarme près du lit ou à la porte, système de détection des mouvements pour signaler le départ inattendu de quelqu'un et donner le temps au personnel de raccompagner la personne là où elle devrait être¹²⁷.

Accroître la capacité du personnel. Le rapport *Des femmes et des hommes au service des autres* souligne qu'il faut consacrer plus de temps aux soins directs et accorder une plus grande place à certains programmes, thérapeutiques et activités récréatives par exemple¹²⁸.

Éliminer les activités qui font perdre du temps, dont reproduction de documents ou établissement de documents inutiles.

Améliorer la communication. S'assurer de garder un bon contact visuel, parler lentement et en termes simples, éviter que le résident se sente pressé par le temps. Reconnaître qu'il existe quelquefois une barrière linguistique entre le personnel et les patients et s'efforcer de trouver une solution adaptée¹²⁹.

Former le personnel dans le domaine de la gestion des conflits. Former le personnel aux méthodes de « désamorçage » des conflits¹³⁰.

Comme premier traitement, essayer une autre solution avant d'administrer une thérapie médicamenteuse. Essayer des activités sociales, des réseaux, des activités stimulant le cerveau. N'envisager les médicaments qu'en dernier recours.

Que fait-on en Ontario?

- Récemment, le programme de sensibilisation et de prévention des plaies de pression (PUAP) a organisé un programme d'amélioration de la qualité d'un an auquel ont participé 30 foyers de soins de longue durée ontariens. Ce programme visait à réduire de 50 % l'incidence et la prévalence des plaies de pression graves. Il a atteint son objectif en janvier 2009.
- Pour obtenir des renseignements sur l'initiative « Residents First », voir la section 3.4.

4.6

Éviter les préjudices dans le cadre des soins à domicile et dans la collectivité

Les clients recevant des soins à domicile de longue durée sont des personnes qui souffrent de maladies chroniques ou qui ont des besoins complexes, exigeant des services de soins de santé (p.ex., soins infirmiers ou réadaptation) ou des services de soutien (p.ex., aide aux tâches ménagères ou livraison de repas) pendant une longue période. Ils ont souvent des handicaps physiques, ce qui les rend plus susceptibles aux chutes, aux lésions, aux plaies de pression et à d'autres problèmes. Les travailleurs de soins à domicile contribuent à réduire les risques de préjudice.

Ce que nous souhaitons	Comment y parvenir	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Éviter les chutes ou autres causes de lésions	Évaluation minutieuse des dangers au domicile (p.ex., mauvais éclairage, désordre qui pourrait provoquer des chutes); dispositifs de sécurité (p.ex., rampes)	Risque d'une incapacité temporaire ou permanente, voire de décès; davantage de visites aux urgences, d'hospitalisations	Tous les Ontariens âgés ou de santé fragile vivant seuls courrent des risques. Les clients qui reçoivent des soins de longue durée à domicile courrent des risques particulièrement importants. Quelque 170 000 personnes reçoivent des soins à domicile de longue durée (~un tiers de tous les clients recevant des soins à domicile en Ontario) ¹⁰¹ .
Éviter les plaies de pression	Surveiller la peau pour dépister les risques de plaies de pression ; éviter trop de pression sur la peau	Douleurs et préjudices; aggravation d'une infection; risque d'amputation, voire de décès; coûts de santé évitables	
Éviter la négligence et les mauvais traitements	Surveillance attentive; renforcement des réseaux sociaux	Risque d'aggravation de la santé physique ou mentale	
Éviter le délire (confusion soudaine ou baisse de la vivacité d'esprit)	Surveillance attentive de la nutrition, gestion des maladies chroniques (p.ex., bien surveiller le taux de glycémie)	Risque de lésions, rapide détérioration de l'état de santé du patient, entraînant son hospitalisation, voire son décès	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Nombre de d'hospitalisations chaque année pour une chute par 100 personnes âgées dans la collectivité	1,5 *		Les chutes sont courantes. Au cours des trois derniers mois, un client sur quatre qui reçoit des soins de longue durée à domicile est tombé. Tous les ans, environ une personne âgée sur 70 qui vit chez elle est hospitalisée en raison d'une chute. Bien qu'il n'existe toujours pas de points de référence pour ces mesures, nous estimons que des progrès restent à faire.
Pourcentage de clients recevant des soins à domicile qui disent avoir fait une chute dans les 90 derniers jours	25 %**		Parmi les clients qui reçoivent des soins de longue durée à domicile, les lésions sont fréquentes; environ un client sur six en a une tous les six mois. Un faible, bien qu'important, pourcentage de clients a des plaies de pression ou affiche des signes de mauvais traitements. Dans tous ces secteurs, il est probable que des progrès peuvent être faits.
Pourcentage de clients chez lesquels une nouvelle plaie de pression est apparue (stade de 2 à 4)	1,4 %**		Pour plus de renseignements, visiter notre site Web à http://www.ohqc.ca/fr/ta_landing.php .
Pourcentage de clients recevant des soins à domicile qui ont des lésions, brûlures ou fractures inexplicables	12 %**		
Pourcentage de clients recevant des soins à domicile et montrant des signes de négligence ou de mauvais traitements	1,2 %**		

Sources: *Base de données sur les congés des patients, exercice financier 2008-2009, fourni par le MSSLD. **Instrument d'évaluation des résidents – Soins à domicile (RAHDC), avril-juin 2008, calculé par l'ICIS. En vertu de ce système, un bilan de santé détaillé est administré à tous les résidents au moins une fois tous les trois mois par un membre du personnel du foyer ayant reçu une formation spéciale pour recueillir ce genre d'information.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAires

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Problèmes : Les chutes, lésions et mauvais traitements

Possibilité de chutes inattendues.

Risques d'accident au domicile. Les clients et les membres de leur famille ne sont pas conscients des dangers au domicile pouvant provoquer des accidents.

Les clients ont des difficultés à se déplacer, ce qui augmente les risques de chutes.

Mauvaise vue.

Etats pathologiques provoquant de fréquentes chutes qui ne peuvent être évitées.

Effets secondaires des médicaments, dont confusion et étourdissements.

Fardeau des soignants et leur recours à des méthodes inadaptées²⁰² pour y faire face.

Alcoolisme et autres toxicomanies. L'alcool et certaines substances peuvent augmenter les risques d'accident.

Idées d'amélioration

Évaluation des risques de chutes²⁰³. Administrez un simple questionnaire pour évaluer certains facteurs, dont médication, problèmes de mobilité ou de vision, handicaps physiques, démence ou chutes récentes laissant prévoir d'autres chutes. Ce questionnaire peut aider les prestataires de soins de santé à choisir la meilleure méthode de prévention.

Évaluation régulière de la sécurité. Dans le cas des clients de santé fragiles qui courrent un risque élevé de chutes, vérifier régulièrement leur domicile pour détecter les risques possibles d'accident et les éliminer : objets qui traînent, mauvais éclairage, tapis non fixés au sol et autres facteurs pouvant amener le client à trébucher ou à glisser. Vérifier également s'il y a des rampes, si les appareils ménagers ou les cordons électriques peuvent présenter un danger ou si l'eau est trop chaude. De plus, discuter avec les membres de la famille, les amis et les autres soignants de l'importance de faire en sorte que le domicile ne présente aucun danger.

Présenter des aides à la mobilité. Les clients devraient être munis d'aides à la mobilité, dont cannes, ambulatoires, triporteurs. Les clients devraient pouvoir essayer ces aides avant d'en acheter.

Physiothérapie, exercice, réadaptation ou tai-chi²⁰⁴. Des programmes particuliers ont été mis au point pour les personnes âgées afin de stimuler leur tonus musculaire et d'améliorer leur équilibre²⁰⁵.

Verres correcteurs ou opération de la cataracte.

Envisager le port d'un protecteur de hanche pour les personnes qui risquent de tomber fréquemment.

Maintenir le lit le plus bas possible.

Utiliser des chaussures antidérapantes.

Éviter certains médicaments. Éviter les médicaments figurant sur la liste de Beers²⁰⁶ et utiliser des substituts plus sûrs. Faire passer en revue les médicaments pour dépister une éventuelle interaction médicamenteuse. Voir la section 4.4.

Aiguiller les aidants qui sont des membres de la famille vers un programme de counselling comprenant un volet-conseil sur l'adaptation et la prise en charge d'un membre de la famille²⁰⁷.

Dépister les éventuels signes de maltraitance. On peut former le personnel pour qu'il détecte certains signes ou pose des questions précises.

Élimination des toxicomanies. Programmes de lutte contre l'alcoolisme (p.ex., Alcooliques anonymes) ou groupes similaires pour d'autres types de toxicomanie.

5.1

Expérience vécue par les patients dans les hôpitaux de soins actifs et les services des urgences

En 2009, il y a eu 5,4 millions de visites aux services des urgences en Ontario et près de 1,1 million de personnes sont sorties d'un hôpital de soins actifs¹⁰. Les expériences vécues par ces personnes nous permettent de déterminer les points forts et les domaines qui nécessitent des améliorations. Le rapport de cette année examine les expériences vécues par les patients dans les hôpitaux et les services des urgences.

Ce que nous souhaitons

Une expérience positive pour les personnes hospitalisées ou qui se rendent aux urgences. Il faut pour cela traiter les patients avec dignité et respect, tant sur le plan personnel que du temps. Une expérience positive comprend une écoute attentive et des explications détaillées sur l'état des patients, les conséquences et la façon de bien gérer la maladie.

Conséquences en cas d'échec

Les points faibles et les domaines à améliorer dans la prestation des soins ne sont pas améliorés. Le manque de compréhension peut entraver la guérison, et se traduire par des visites inutiles aux SU, voire le décès. Ne pas aller à l'hôpital quand cela est nécessaire peut avoir des conséquences négatives sur la prestation en temps voulu des soins ainsi que sur la guérison.

Qui cela concerne?

Tous les Ontariens et Ontariennes qui vont aux SU ou à l'hôpital.

Indicateur	Valeur*	Tendances et comparaisons	Constatations
Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et aux membres de votre famille?	74 %* — à l'hôpital 57 % — aux SU		En 2008-2009, trois personnes hospitalisées sur quatre recommanderaient l'hôpital où elles ont été soignées. Seulement 57 % des personnes qui se sont rendues aux SU les recommanderaient. Rien n'a changé au cours des cinq années précédentes et il y a beaucoup d'améliorations à faire.
Pourcentage de patients qui ont indiqué avoir été traités avec dignité et respect	82 %* — à l'hôpital 76 % — aux SU		Huit patients sur 10 avaient le sentiment d'avoir été traités avec respect et dignité lors de leur hospitalisation ou de leur visite aux SU. Toutefois, rien n'a changé pendant les cinq années précédentes et il y a des améliorations à faire.
Pourcentage des personnes hospitalisées qui ont attendu moins de cinq minutes avant d'obtenir l'aide nécessaire.	73 %*		Près de trois patients sur 10 ont indiqué avoir attendu au moins cinq minutes avant de recevoir l'aide demandée. Rien n'a changé au cours des cinq années précédentes et il y a des améliorations à faire.
Pourcentage de personnes qui ont indiqué avoir attendu trop longtemps aux SU avant de voir un médecin.	47 %		La moitié des personnes qui se sont rendues aux SU ont indiqué avoir attendu trop longtemps avant de voir un médecin. Il n'y a pas eu de changement au cours des cinq années précédentes et il y a des améliorations à faire.
Pensez-vous que le personnel a tout fait pour maîtriser votre douleur?	50 %* — à l'hôpital 49 % — aux SU		La moitié des personnes qui ont quitté l'hôpital ou les SU ont indiqué que le personnel a tout fait pour les aider à maîtriser leur douleur. Il n'y a pas eu de changement au cours des cinq années précédentes et il y a des améliorations à faire.
Avez-vous obtenu tous les renseignements médicaux dont vous aviez besoin?	51 %*† — à l'hôpital 44 % — aux SU		Seulement cinq personnes hospitalisées sur 10 ont obtenu des renseignements compréhensibles lorsqu'elles ont posé des questions sur leurs soins et les résultats des tests. Quatre personnes sur 10 qui se sont rendues aux SU ont obtenu des renseignements compréhensibles en 2008-2009. Il n'y a pas eu de changement au cours des cinq années précédentes et il y a beaucoup d'améliorations à faire.

Sources:

- Enquête sur la satisfaction des patients de NRC-Picker, les valeurs représentent les patients qui ont répondu « oui » aux questions indiquées, exercice financier 2008-2009; calculé par le COQSS.
- Pour qu'on puisse considérer que les patients ont obtenu « tous les renseignements médicaux nécessaires », ils doivent avoir répondu « oui » aux trois questions indiquées: « Lorsque vous avez posé des questions importantes à l'infirmière, avez-vous compris ses réponses? », « Lorsque vous avez posé des questions importantes au médecin, avez-vous compris ses réponses? », « Est-ce qu'on vous a expliqué les résultats des tests de manière compréhensible? ».



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Problème : faible taux de satisfaction globale à l'égard des SU.

Les patients en ont assez d'attendre aux SU.

Problème : faible taux de satisfaction concernant la maîtrise de la douleur.

La douleur n'est pas reconnue de manière adéquate.

La prescription de médicaments antidouleur tarde à venir.

Les médecins craignent d'encourager les patients à demander des médicaments ou de créer des dépendances.

Problème : les patients n'obtiennent pas des réponses compréhensibles.

Les patients risquent d'oublier les explications verbales, surtout si leur maladie les stresse.

Certains patients ont du mal à s'exprimer parce qu'ils sont immigrants ou ont un niveau d'éducation peu élevé.

Les fournisseurs de soins utilisent parfois un jargon médical incompréhensible.

Idées d'amélioration

Améliorer le flux des patients aux SU. Régler la question des autres niveaux de soins et des temps d'attente pour un placement dans un foyer de soins de longue durée. Voir les sections 2.1, 2.4 et 7.2 pour plus de détails.

Utiliser des échelles analogues visuelles. Surveiller la douleur comme si elle était le « cinquième signe vital »²⁰⁹.

Envisager des techniques comme l'anesthésie contrôlée par le patient dans le cadre de laquelle le patient détermine, dans certaines limites, la quantité de médicaments antidouleur dont il a besoin²¹⁰.

Établir des protocoles normalisés de maîtrise de la douleur pour certains types de patients.

Présenter certains renseignements par écrit dans plusieurs langues ou dans un langage que les personnes ayant un faible niveau d'éducation peuvent comprendre. Utiliser des symboles ou des dessins pour expliquer les instructions ou les concepts. Anticiper les questions qui reviennent le plus souvent et répondez-y par écrit.

Utiliser des médias différents (p. ex., des vidéos) pour expliquer des renseignements complexes aux patients.

Demander aux patients de répéter ce qu'on vient de leur dire pour vérifier s'ils ont bien compris les instructions²¹¹ les plus importantes.

6.1 Soins primaires – accès et efficacité

Un système de santé très performant doit prodiguer des soins fondés sur les besoins des patients, et non sur leur revenu, leur niveau d'éducation, leur sexe ou d'autres facteurs. Cette année, nous étudions la façon dont l'équité peut affecter l'accès aux soins primaires, le suivi adéquat des maladies chroniques, les comportements appropriés, les mesures préventives et les maladies qui peuvent être évitées en mettant l'accent sur la santé de la population.

Ce que nous souhaitons

Éliminer les obstacles pour que tous les Ontariens et Ontariennes, quels que soient leur revenu, leur éducation, leur sexe, leur lieu de résidence (zone urbaine ou rurale), leur statut (immigrants ou nés au Canada), obtiennent les soins dont ils ont besoin, des soins de qualité égale, et se sentent engagés et habilités à veiller sur leur santé et à vivre une vie longue et productive.

Conséquences en cas d'échec

La santé des personnes défavorisées qui n'obtiennent pas les services dont elles ont besoin ou n'ont pas une bonne hygiène de vie risque de se détériorer au fil des ans. Il se crée alors un cercle vicieux, car les gens en mauvaise santé risquent davantage d'avoir un revenu plus faible ou un emploi moins intéressant. Cette situation est préjudiciable non seulement pour la personne concernée, mais aussi pour sa famille et les personnes à sa charge. Ces personnes peuvent avoir besoin d'aide sociale à mesure que leur santé se détériore. Cette situation peut aussi affecter les employeurs, car une main-d'œuvre en mauvaise santé égale hausse du taux d'absentéisme ou de rotation du personnel¹¹².

Qui cela concerne?

Les 13 millions d'Ontariennes et Ontariens.

Indicateur

Comparaison

Constatations

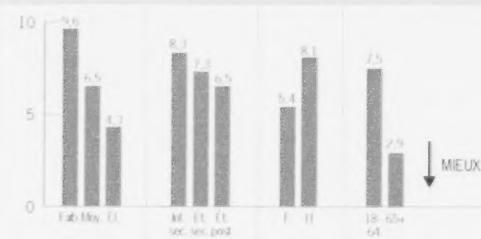
Revenu

Education

Sexe

Âge

Accès aux soins primaires :
– Pourcentage d'adultes sans médecin attitré*



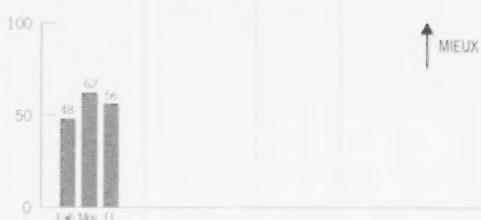
En 2008, 6,8 % des adultes ontariens n'avaient pas de médecin attitré. Les personnes qui risquent le plus de ne pas avoir de médecin de famille avaient un faible revenu et étaient de sexe masculin. Les personnes âgées étaient plus nombreuses à avoir un médecin attitré que les personnes âgées de 18 à 64 ans; ce qui est rassurant, puisque les personnes âgées ont plus souvent besoin de soins. Il n'y avait pas de différence notable selon le niveau de l'éducation, le sexe ou le lieu de résidence (zone urbaine ou rurale); les données ne sont pas indiquées.

Suivi des maladies chroniques :
– Pourcentage des patients diabétiques qui se sont fait examiner les yeux et les pieds au cours des 12 mois précédents**



En 2008, 51 % des patients diabétiques ont indiqué avoir subi un examen des yeux au cours des 12 mois précédents et 51 %, un examen des pieds. Les personnes au revenu le plus faible étaient moins susceptibles d'obtenir ces services. Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe, le niveau d'éducation ou le lieu de résidence (zone urbaine ou rurale); les données ne sont pas indiquées.

– Pourcentage des patients diabétiques qui se sont fait examiner les pieds au cours des 12 mois précédents**



↑ MIEUX

Légende :

Fab. = 1^{er} quintile de revenu. Moy. = 3^e quintile de revenu. Et. = 5th quintile de revenu. Les gens sont classés par quintile de revenu; le groupe dont les revenus sont les plus bas correspond aux 20 % des habitants dont les revenus sont les plus bas. Et. sec. = diplôme d'études secondaires. Inf. sec. = niveau inférieur au diplôme d'études secondaires. Et. postsec. = quelques années d'études supérieures. F = femme. H = homme

6.2

Mesures de prévention

Indicateur	Comparaison				Constatations																														
	Revenu	Éducation	Âge	Imm.																															
Pourcentage de femmes (âgées de 50 à 69 ans) ayant indiqué avoir eu une mammographie au cours des deux années précédentes.*	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fab</td> <td>64</td> </tr> <tr> <td>Moy</td> <td>72</td> </tr> <tr> <td>El</td> <td>75</td> </tr> </tbody> </table>	Revenu	Pourcentage	Fab	64	Moy	72	El	75	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Éducation</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sec</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>Et</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>post</td> <td>76</td> </tr> </tbody> </table>	Éducation	Pourcentage	sec	68	Et	75	post	76	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Âge</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50</td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>55</td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>69</td> </tr> </tbody> </table>	Âge	Pourcentage	50	81	55	81	60	69	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Imm.</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nées au Can.</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>10+</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>	Imm.	Pourcentage	Nées au Can.	84	10+	77	<p>En 2008, 73 % des femmes admissibles avaient eu une mammographie au cours des deux années précédentes, 80 % des femmes admissibles ont subi un test Pap au cours des trois années précédentes, et 31 % des adultes admissibles ont fait l'objet d'une recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes.</p> <p>Les personnes du groupe au revenu le plus faible étaient moins susceptibles de subir chacun des trois examens de prévention. Les femmes dont le niveau d'instruction est inférieur au secondaire étaient moins susceptibles de se faire faire une mammographie ou un test Pap, mais il n'y avait pas de différence pour le test de recherche de sang occulte dans les selles. Les femmes qui sont arrivées au Canada au cours des 10 années précédentes étaient moins susceptibles que celles nées au Canada de se faire faire un test Pap. (Nous ne disposions pas de suffisamment de données pour évaluer cette corrélation pour les deux autres indicateurs.)</p>
Revenu	Pourcentage																																		
Fab	64																																		
Moy	72																																		
El	75																																		
Éducation	Pourcentage																																		
sec	68																																		
Et	75																																		
post	76																																		
Âge	Pourcentage																																		
50	81																																		
55	81																																		
60	69																																		
Imm.	Pourcentage																																		
Nées au Can.	84																																		
10+	77																																		
Pourcentage de femmes (âgées de 25 à 69 ans) ayant indiqué avoir eu un test Pap au cours des trois années précédentes.*	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fab</td> <td>72</td> </tr> <tr> <td>Moy</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>El</td> <td>88</td> </tr> </tbody> </table>	Revenu	Pourcentage	Fab	72	Moy	82	El	88	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Éducation</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sec</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>Et</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>post</td> <td>83</td> </tr> </tbody> </table>	Éducation	Pourcentage	sec	70	Et	82	post	83	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Âge</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25</td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>69</td> </tr> </tbody> </table>	Âge	Pourcentage	25	81	30	81	60	69	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Imm.</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nées au Can.</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>10+</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>	Imm.	Pourcentage	Nées au Can.	84	10+	77	<p>Les femmes âgées de 65 à 69 ans étaient moins susceptibles de se faire faire un test Pap. Celles âgées de 50 à 64 ans étaient moins susceptibles que les personnes âgées de 65 à 74 ans de faire un test de recherche de sang occulte dans les selles. Dans les deux cas, cet écart pourrait être attribuable au fait que les gens croient, à tort, que le test n'est pas important à cet âge. Il n'y a pas de différence en ce qui concerne le nombre de personnes qui se sont fait faire une mammographie en fonction de l'âge; les données ne sont pas indiquées.</p> <p>Pour les trois indicateurs, il n'y avait pas de différence entre les personnes vivant en zone urbaine et rurale, et pour l'indicateur touchant les deux sexes (recherche de sang occulte dans les selles), il n'y avait pas de différence en fonction du sexe; les données ne sont pas indiquées.</p>
Revenu	Pourcentage																																		
Fab	72																																		
Moy	82																																		
El	88																																		
Éducation	Pourcentage																																		
sec	70																																		
Et	82																																		
post	83																																		
Âge	Pourcentage																																		
25	81																																		
30	81																																		
60	69																																		
Imm.	Pourcentage																																		
Nées au Can.	84																																		
10+	77																																		
Pourcentage de personnes (âgées de 50 à 74 ans) qui ont indiqué avoir fait un test de recherche de sang occulte dans les selles.*	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fab</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>Moy</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>El</td> <td>32</td> </tr> </tbody> </table>	Revenu	Pourcentage	Fab	26	Moy	32	El	32	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Éducation</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sec</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Et</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>post</td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table>	Éducation	Pourcentage	sec	29	Et	32	post	31	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Âge</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>38</td> </tr> </tbody> </table>	Âge	Pourcentage	50	30	65	38		<p>RÉSUMÉ</p> <p>Globalement, un faible revenu et un faible niveau d'éducation constituent les deux premiers facteurs dont il faut tenir compte lorsqu'on dirige des programmes de prévention vers les personnes les plus défavorisées. Pour ce qui est du test Pap, il est également important de cibler les immigrantes récentes.</p>								
Revenu	Pourcentage																																		
Fab	26																																		
Moy	32																																		
El	32																																		
Éducation	Pourcentage																																		
sec	29																																		
Et	32																																		
post	31																																		
Âge	Pourcentage																																		
50	30																																		
65	38																																		

Légende: Fab = 1^{er} quintile de revenu; Moy = 3^{er} quintile de revenu; El = 5^{er} quintile de revenu; Et, sec. = diplôme d'études secondaires; Inf. sec. = niveau inférieur au diplôme d'études secondaires; Et, postsec. = quelques années d'études supérieures; Nées au Can. = Nées au Canada; <5 = immigrant depuis moins de 5 ans au Canada; 5-9 = immigrant au Canada depuis 5 à 9 ans; 10+ = immigrant au Canada depuis au moins 10 ans.

Source : *Enquête sur l'accès aux soins primaires, 2008, calculé par l'Institut en recherche de services de santé.

6.3 Maladies évitables en mettant l'accent sur la santé de la population

Indicateur

Comparaison

Constatations

Revenu

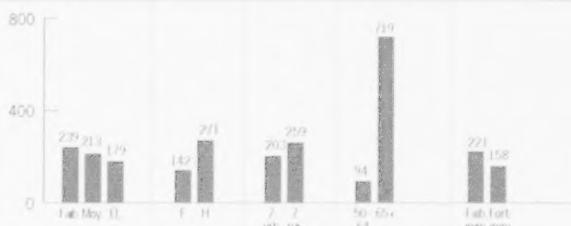
Sexe

Lieu

Âge

Imm.

Incidence des IAM par tranche de 100 000 personnes*



En 2008-2009, il y a eu 203 nouvelles crises cardiaques, 89 visites aux SU pour blessures auto-infligées, 8 440 visites aux SU et 354 hospitalisations pour blessures, par tranche de 100 000 personnes. Les risques décroissent régulièrement en même temps que le revenu[†] augmente. C'est au chapitre des blessures auto-infligées qu'on constate la plus grande différence entre les résultats associés aux personnes à faible revenu et à revenu élevé.

Les adolescents étaient davantage susceptibles de se rendre aux urgences pour blessures, mais les personnes âgées étaient plus susceptibles d'être hospitalisées pour blessures.

Le risque de crise cardiaque ou de blessure était plus élevé chez les hommes, tandis que le risque de blessure auto-infligée était plus élevé chez les femmes.

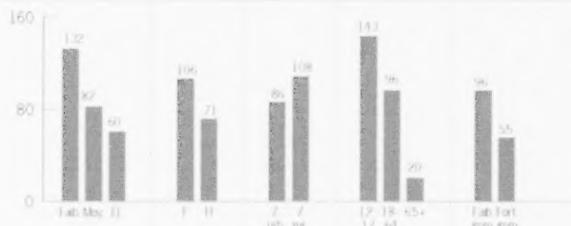
En ce qui concerne les quatre mesures, le risque de mauvais résultats était plus élevé chez les habitants des zones rurales. Les personnes vivant dans les régions à fort taux d'immigration^{††} risquaient moins d'avoir de mauvais résultats.

RÉSUMÉ:

Si les professionnels de la santé souhaitent diriger leurs efforts vers ceux qui présentent les plus grandes disparités au niveau de la santé, ils doivent cibler les groupes suivants :

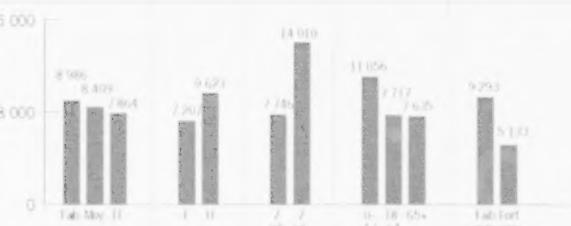
- Incidence des IAM (crise cardiaque) : personnes à faible revenu, zones rurales, nées au Canada
- Blessures auto-infligées : adolescentes, faible revenu, zones rurales, filles, nées au Canada
- Visites aux SU pour blessures : zones rurales, adolescents, garçons, nés au Canada, faible revenu
- Hospitalisation pour blessures : personnes âgées, zones rurales, faible revenu, nées au Canada

Taux des visites aux SU pour blessures auto-infligées par tranche de 100 000 personnes**



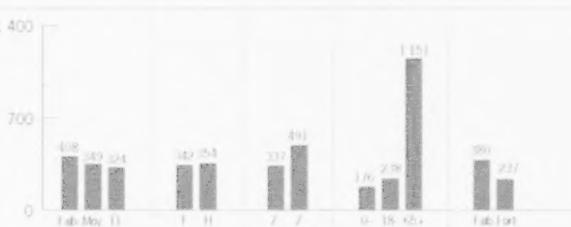
Le risque de crise cardiaque ou de blessure était plus élevé chez les hommes, tandis que le risque de blessure auto-infligée était plus élevé chez les femmes.

Taux de visites aux SU par habitant associées à des blessures*



En ce qui concerne les quatre mesures, le risque de mauvais résultats était plus élevé chez les habitants des zones rurales. Les personnes vivant dans les régions à fort taux d'immigration^{††} risquaient moins d'avoir de mauvais résultats.

Taux d'hospitalisations par habitant associées à des blessures*



Si les professionnels de la santé souhaitent diriger leurs efforts vers ceux qui présentent les plus grandes disparités au niveau de la santé, ils doivent cibler les groupes suivants :

- Incidence des IAM (crise cardiaque) : personnes à faible revenu, zones rurales, nées au Canada
- Blessures auto-infligées : adolescentes, faible revenu, zones rurales, filles, nées au Canada
- Visites aux SU pour blessures : zones rurales, adolescents, garçons, nés au Canada, faible revenu
- Hospitalisation pour blessures : personnes âgées, zones rurales, faible revenu, nées au Canada

Légende

Faible = 1^{er} quintile de revenu. Moy. = 3^{er} quintile de revenu. El. = 5^{er} quintile de revenu. F = femme. H = homme. Z. urb. = zone urbaine. Z. rur. = zone rurale. Faible. imm. = zone à faible taux d'immigration. Fort. imm. = zone à fort taux d'immigration.

* Pour ces indicateurs, le revenu n'a pas été mesuré directement, mais établi en fonction du revenu moyen du quartier correspondant au code postal.

** Une zone à fort taux d'immigration était définie comme un quartier ou une aire de diffusion (DA) entourant un code postal qui comptait plus de 50 % d'immigrants, selon les renseignements recueillis par Recensement du Canada.

Source:

* Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNSA) et Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), exercice financier 2008-2009, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). **

** SNSA, IRSS, exercice financier 2008-2009, calculé par IRSS.

Les données étant limitées, il n'a pas été possible d'évaluer les écarts dans le niveau d'éducation en même temps que les revenus pour cette série d'indicateurs.

6.4 Des habitudes de vie saines

Indicateur

Comparaison

Constatations

Revenu

Éducation

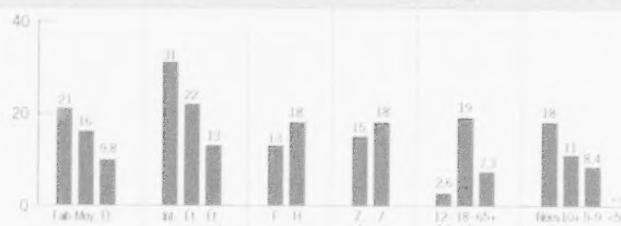
Sexe

Lieu

Âge

Imm.

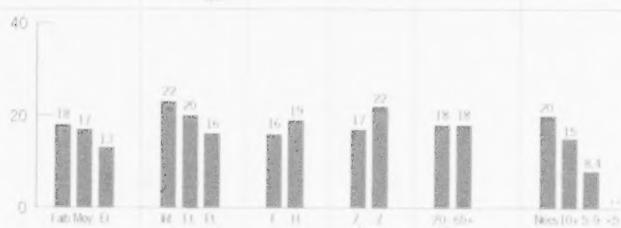
Pourcentage de personnes qui fument chaque jour*



En 2008, 15,5 % des Ontariennes et Ontariens fumaient chaque jour, 17,6 % étaient obèses, 50 % physiquement inactifs, 39 % ne consommaient pas suffisamment de fruits et légumes et 21 % consommaient trop d'alcool.

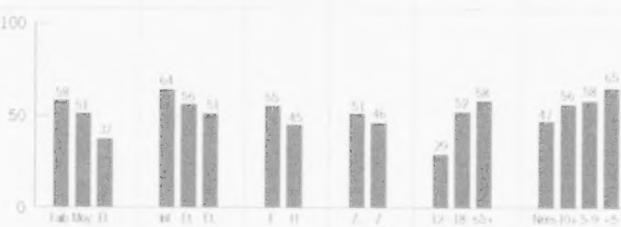
Les personnes à faible revenu étaient davantage susceptibles de fumer, d'être physiquement inactives et de ne pas consommer suffisamment de fruits et de légumes. Il n'y avait pas de différence entre les personnes à revenu faible et modéré en ce qui a trait à l'obésité, mais les personnes à revenu élevé étaient moins susceptibles d'être obèses. Les personnes à revenu élevé étaient davantage susceptibles de consommer trop d'alcool.

Pourcentage de personnes obèses*



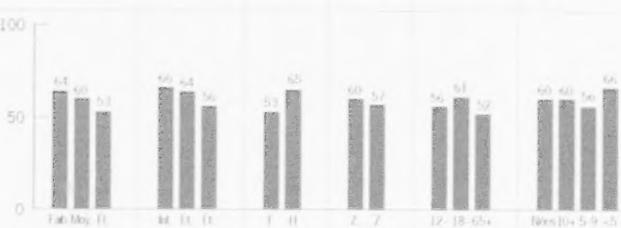
Le fait d'avoir un niveau d'éducation inférieur au secondaire et de vivre dans une zone rurale était associé aux pires résultats pour les cinq comportements.

Pourcentage de personnes physiquement inactives*



Le tabagisme et une consommation excessive d'alcool sont plus fréquents chez les adultes (18 à 64 ans), mais l'inactivité physique augmente avec l'âge. Il n'y a pas de différence en fonction de l'âge pour ce qui est de la consommation de fruits et de légumes ou de l'obésité.

Pourcentage de personnes ne consommant pas suffisamment de fruits et de légumes*



Les hommes étaient davantage susceptibles de fumer, d'être obèses, de ne pas consommer suffisamment de fruits et de légumes et de boire trop d'alcool, mais les moins susceptibles d'être physiquement inactifs.

Les immigrants étaient moins susceptibles de fumer, de consommer trop d'alcool et d'être obèses, mais davantage susceptibles d'être physiquement inactifs.

Il n'y a pas de différence au niveau de la consommation de fruits et de légumes, ni de différence notable chez les immigrants en ce qui concerne ces comportements en fonction du nombre d'années vécues au Canada.

Il n'y a pas de différence au niveau de la consommation de fruits et de légumes, ni de différence notable chez les immigrants en ce qui concerne ces comportements en fonction du nombre d'années vécues au Canada.

RÉSUMÉ:

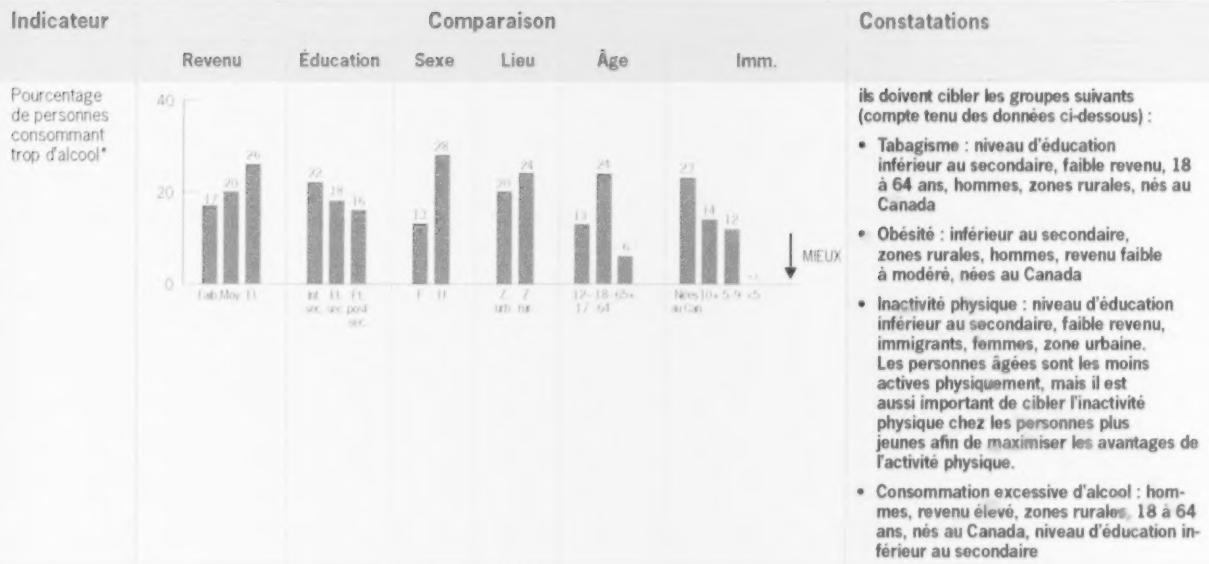
Si les professionnels de la santé souhaitent diriger leurs efforts de promotion de la santé vers les groupes susceptibles d'avoir des comportements nuisibles pour la santé,

Faib. = 1^{re} quintile de revenu. Moy. = 2^{de} quintile de revenu. El. = 3^{de} quintile de revenu. Et. sec. = diplôme d'études secondaires. Inf. sec. = niveau inférieur au diplôme d'études secondaires. Et. postsec. = quelques années d'études supérieures. F. = femme. H. = homme. Z. urb. = zone urbaine. Z. sur. = zone rurale. Nées au Can. = Nées au Canada. <5 = immigré depuis moins de 5 ans au Canada. 5-9 = immigré au Canada depuis 5 à 9 ans; 10+ = immigré au Canada depuis au moins 10 ans.

Source:

* Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.

** Les données ne sont pas disponibles pour cette catégorie en raison de la petite taille de l'échantillon.



Faib. = 1^{er} quintile de revenu. Moy. = 3^{er} quintile de revenu. El = 5^{er} quintile de revenu. Et. sec. = diplôme d'études secondaires. Inf. sec. = niveau inférieur au diplôme d'études secondaires. Et. postsec. = quelques années d'études supérieures. F = femme; H = homme. Z. urb. = zone urbaine. Z. rur. = zone rurale. Nées au Can. = Nées au Canada. <5 = immigrant depuis moins de 5 ans au Canada; 5-9 = immigrant au Canada depuis 5 à 9 ans; 10+ = immigrant au Canada depuis au moins 10 ans.

Source :

* Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; 2008, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.

** Les données ne sont pas disponibles pour cette catégorie en raison de la petite taille de l'échantillon.



Causes fondamentales des problèmes de qualité

Débours. Les personnes à faible revenu peuvent ne pas avoir de médecin attitré si elles n'ont pas les moyens de se déplacer. Elles n'ont pas non plus les moyens de fréquenter un centre de mise en forme ou sportif pour garder la forme.

Autres priorités. Les personnes à faible revenu peuvent avoir des priorités plus urgentes associées à leur survie quotidienne, p. ex. trouver un logement, nourrir leurs enfants ou échapper à la maltraitance, qui prévalent sur les problèmes de santé.

Stress. Les personnes à faible revenu compensent parfois leur pauvreté en adoptant des comportements qui leur donnent du plaisir, mais sont nuisibles pour leur santé, p. ex. fumer²¹³. Le stress peut aussi empêcher les gens d'arrêter de fumer²¹⁴. Des études font état de hausses considérables dans les taux de stress chroniques subis par les groupes à faible revenu²¹⁵.

On considère que c'est un comportement normal. Beaucoup de quartiers à faible revenu affichent des taux de tabagisme élevés²¹⁶. Les enfants qui grandissent dans un quartier où il y a beaucoup de fumeurs risquent davantage de fumer²¹⁷. De même, les enfants qui grandissent dans des quartiers où les gens ne font pas du sport ont également tendance à être inactifs.

Manque de connaissances. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation ne sont peut-être pas conscientes de l'importance des examens de dépistage.

Problèmes associés au travail rural et au style de vie. Les personnes qui travaillent dans le secteur agricole²¹⁸ ou qui s'adonnent à des activités récréatives rurales, par exemple véhicules tout-terrain²¹⁹, affichent des taux de blessure élevés.

Obstacles culturels. Certaines immigrantes de certaines cultures refusent de se faire faire un test Pap, surtout si le médecin est un homme.

Idées d'amélioration

Programmes d'approche – faciliter la participation. Partout dans le monde, des programmes ayant gardistes apportent des activités de promotion de la santé dans les localités desservies, les centres communautaires, les centres commerciaux, les salons de coiffure²²⁰, partout où les gens ont tendance à se rencontrer.

Songer à instaurer des services pour faciliter l'accès aux soins de santé. Par exemple, si les gens ne peuvent pas participer aux activités de promotion de la santé ou obtenir des soins parce qu'ils n'ont personne pour faire garder leurs enfants, réfléchir à la façon dont on pourrait leur offrir des services de garde. Envisager d'organiser le transport des personnes pour lesquelles c'est un obstacle.

Créer des communautés saines dans les quartiers défavorisés. Cela consiste à améliorer la sécurité publique afin que les gens se sentent en sécurité pour exercer des activités de plein air, se promener ou faire des exercices en groupe.

Promouvoir d'autres comportements peu dispendieux. Les personnes à faible revenu mangent moins de fruits et de légumes. Le chapitre 10.1 contient une liste d'aliments sains et pas chers.

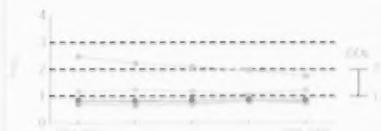
Les programmes sportifs²²¹ qui améliorent l'activité physique, réduisent l'obésité, améliorent les réseaux sociaux et favorisent le développement de compétences interpersonnelles et d'adaptation grâce au travail d'équipe.

Simplifier et personnaliser les documents d'information. Faire en sorte que les documents contiennent des illustrations pour les personnes analphabètes ou qu'ils soient rédigés en langage simple ou en argot local, ou dans la langue de communication des groupes défavorisés. S'exprimer en termes simples et donner des instructions une étape à la fois.

7.1

Coût des services prodigués

Les hôpitaux doivent fonctionner de manière efficiente afin de prodiguer les meilleurs soins qui soient aux coûts les plus bas. Être efficient signifie aussi bien gérer les finances pour éviter les déficits ou les situations où l'établissement ne dispose pas des liquidités ou des actifs à court terme nécessaires pour payer les factures.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
Que les hôpitaux ne soient pas en déficit.	L'argent des contribuables est utilisé par les banques pour couvrir les frais d'intérêts. Les hôpitaux ont de la difficulté à acheter le matériel nécessaire ou à continuer de prodiguer les services aux patients.	Tous les Ontariens et Ontariennes qui paient des impôts et veulent savoir que leur argent est bien géré.	
Que les hôpitaux puissent payer leur dette à court terme et leurs factures au moyen de leurs actifs à court terme (liquidités, stocks, comptes-clients).	Les hôpitaux sont obligés d'emprunter pour payer leurs factures. Une fois de plus, l'argent des contribuables reste à la banque pour couvrir les intérêts.		
Que les coûts des soins prodigués aux patients hospitalisés soient les plus bas possible sans compromettre la qualité des soins.	Il est possible que les hôpitaux qui dépensent beaucoup plus que d'autres établissements qui offrent des soins similaires utilisent mal leurs ressources.		
Indicateur	Valeur*	Valeurs et comparaisons	Constatations
Pourcentage d'hôpitaux en déficit ¹			Plus de 40 % des hôpitaux ontariens ont enregistré un déficit en 2008-2009. Un hôpital communautaire sur deux est en déficit. La situation s'est aggravée au cours des trois années précédentes.
Ratio actuel ² (capacité de payer les factures sans emprunter)			En 2008-2009, le ratio courant moyen était de 0,85 à l'échelle de la province, soit entre un et deux points de moins que l'objectif visé. Cela suggère que les hôpitaux ontariens, en moyenne, ne disposent pas des liquidités nécessaires pour payer leurs factures sans emprunter. Les hôpitaux qui ont été les plus touchés à cet égard au cours des cinq années précédentes sont les hôpitaux universitaires et les grands hôpitaux communautaires.
Coût par cas pondérés ³ dans les hôpitaux			Le coût réel d'une hospitalisation s'est accru légèrement par rapport à l'inflation au cours des cinq années précédentes. Toutefois, les coûts ont augmenté moins rapidement pour les hôpitaux universitaires au cours des trois années précédentes.

Sources :

¹ MSSLD, exercice financier 2008-2009.
² Techniquement, un « budget en position négative ». Base sur les ententes de responsabilisation des hôpitaux ontariens. (Revenu total – Amortissement des subventions) – (Dépenses totales – Amortissement des installations).

³ Base sur les ententes de responsabilisation des hôpitaux ontariens. Le numérateur comprend les actifs à court terme plus les soldes de passifs à court terme exigibles, hormis les recettes reportées. Autrement dit, il s'agit du montant des liquidités ou d'autres actifs qui peuvent être rapidement convertis en liquidités. Le dénominateur comprend les passifs à court terme, compte non tenu des recettes reportées plus les actifs à court terme crédités, excepté les actifs à court terme des comptes correspondants. Plus simplement, il s'agit du montant des dettes à court terme.

⁴ L'information sur les cas pondérés hospitalisés permet de faire des comparaisons entre les hôpitaux, quelles que soient les différences dans la gravité des maladies ou la complexité des cas traités par ces hôpitaux. Les coûts ne sont pas ajustés pour l'inflation.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Il est essentiel, étant donné les déficits croissants, que les hôpitaux n'envisagent pas de simplement réduire les services dont la population a besoin pour équilibrer leurs budgets, ils doivent aussi déterminer tous les éléments qui entraînent des gaspillages dans leur système.

Causes fondamentales des problèmes de qualité

La demande de services s'accroît au-delà de ce que l'hôpital peut offrir en fonction de son budget. Cela peut s'expliquer par la croissance démographique et le vieillissement de la population. Cela peut aussi être attribuable à certains facteurs évitables (p. ex., les réadmissions).

Utilisation inappropriée des lits ou des services hospitaliers.

Les complications évitables qui se traduisent par un gaspillage de ressources précieuses. Les maladies nosocomiales et d'autres complications qui se développent pendant l'hospitalisation accroissent la durée du séjour et les coûts globaux.

Les processus inefficaces en place dans les hôpitaux se traduisent par un gaspillage de temps et de ressources.

Idées d'amélioration

Faire en sorte que les hôpitaux ne soient pas obligés de fournir des services inutiles ou évitables. Il faut pour cela améliorer l'accès aux soins primaires (section 2.2) et mieux gérer les maladies chroniques (section 3.2) à l'échelle du système.

Réduire les réadmissions à l'hôpital (section 3.3) en s'assurant que, lorsque les patients quittent l'hôpital, ils ont les médicaments (section 3.1) et tous les renseignements nécessaires pour se soigner à la maison (section 9.1). Envisager de recourir aux cliniques externes spécialisées (p. ex., pour les insuffisances cardiaques congestives) ou d'autres services similaires qui ont prouvé être capables de réduire les réadmissions (section 3.3).

Réglir la question des lits nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS) occupés par des personnes qui n'en ont pas besoin (voir les sections 7.2 et 2.4).

Envisager d'utiliser des logiciels de gestion. Cet outil peut aider à orienter les décisions au sujet du moment où les patients sont prêts à quitter l'hôpital.

Éliminer les tests ou les procédures inutiles – par exemple, les tests à répétition ou les tests précédant une intervention mineure (section 7.3). Envisager d'appliquer des critères appropriés pour les tomodensitogrammes ou les IRM (section 2.3), et pour certaines interventions, comme les arthroplasties de la hanche et du genou ou les chirurgies de la cataracte.

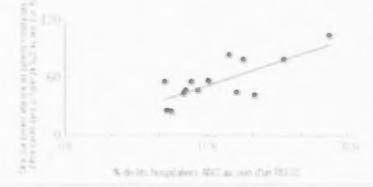
S'attarder sur les domaines pour lesquels les analyses de rentabilité indiquent que les investissements dans l'amélioration de la qualité sont plus que compensés par la baisse des coûts au sein d'un même organisme dans un délai raisonnable. Les analyses de rentabilité sont très positives dans les domaines comme les pneumonies acquises sous ventilateur²² et la prévention des plaies de pression²³. Dans le secteur privé, il y a de nombreux exemples d'analyses de rentabilité positives pour la prévention des accidents de travail²⁴.

Chercher des cas de perte de temps du personnel et les éliminer, dont le temps des médecins, du personnel infirmier et des soignants. Les activités qui se traduisent par une perte de temps comprennent les documents redondants, les tests à répétition inutiles ou les tests précédant une intervention mineure.

Améliorer l'efficience du processus de sortie de l'hôpital. Utiliser des pratiques exemplaires bien établies pour accélérer la sortie des patients, par exemple, fixer les dates de sortie à l'avance, échelonner les heures de sortie durant la journée, mettre un tableau dans la chambre des patients afin que les renseignements relatifs aux sorties soient toujours visibles et que les familles puissent se préparer.

7.2 Les bons services au bon endroit

Notre système de santé devrait éviter de soigner les gens dans des établissements plus dispendieux que d'autres, lorsque les solutions de rechange sont tout aussi bonnes, voire meilleures. L'exemple le plus évident est celui des patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS) qui occupent des lits dans les hôpitaux de soins actifs²⁰. Ces patients sont souvent hospitalisés à cause d'une affection médicale aigüe qui nécessite beaucoup de soins, dont ils finissent par guérir, mais pour laquelle ils continuent d'avoir besoin de soins infirmiers ou d'aide. Le médecin peut refuser de renvoyer le patient chez lui s'il juge qu'il n'y recevra pas les soins requis et de l'inscrire plutôt dans un foyer de soins de longue durée; or, il arrive souvent que le patient doive attendre à l'hôpital qu'un lit se libère pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois (voir la section 2.4).

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
Que les personnes qui n'ont plus besoin de rester à l'hôpital soient pas obligées d'y rester parce qu'elles ne savent pas où aller.	Il est plus dispendieux de soigner un patient ANS à l'hôpital que dans un foyer de soins de longue durée. Le personnel des foyers de soins de longue durée a suivi une formation spécialisée lui permettant de s'occuper de personnes de santé fragile nécessitant de nombreux services de soutien; de plus, les soins prodigues dans ces établissements ont tendance à être de meilleure qualité. Par ailleurs, lorsque les lits d'hôpitaux sont occupés par des patients ANS, il en résulte un encombrement des SU et une prolongation des temps d'attente. Les opérations chirurgicales électives risquent aussi d'être retardées.	Les 2 800 patients hospitalisés désignés comme patients ANS ²¹ n'importe quel jour.	
Que seules les personnes nécessitant des soins de longue durée soient admises dans un foyer de soins de longue durée. Les personnes pour lesquelles il existe une solution, p. ex. soins à domicile ou placement dans un logement supervisé, ne doivent pas aller dans un foyer de soins de longue durée.	Gaspillage des ressources de santé alors qu'il existe des solutions moins coûteuses de qualité comparable.	Les 170 000 ²² clients recevant des soins à domicile qui pourraient avoir besoin de soins plus poussés à un moment donné.	
Indicateur	Valeur	Valeurs et comparaisons	Constatations
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés ANS	16 %*		Un lit d'hôpital sur six en Ontario est occupé par un patient qui devrait être soigné ailleurs. Ce problème s'est considérablement aggravé au cours des trois années précédentes.
Pourcentage d'hospitalisations associées à d'autres niveaux de soins – Ontario	7 %**		L'Ontario et Terre-Neuve enregistrent la plus forte proportion d'admissions de patients ANS.
Corrélation entre les ANS et les jours-lit et les temps d'attente pour des soins de longue durée		Il existe une forte corrélation ¹ entre les temps d'attente des personnes hospitalisées nécessitant des soins de longue durée et le nombre de jours-lit pour d'autres niveaux de soins (ANS). Chaque hausse de 3,3 jours du temps d'attente pour un lit de soins de longue durée pour les patients hospitalisés dans un RLISS se traduit par une hausse de 1 % du pourcentage moyen de lits d'hôpital ANS au sein du RLISS.	
Pourcentage de clients placés dans un foyer de soins de longue durée affichant des scores MAPLe ²³ élevés ou très élevés (appropriés)	76 %***		La plupart des gens placés dans un foyer de soins de longue durée ont des besoins très élevés qui nécessitent leur admission dans ce type d'établissement. Toutefois, une personne sur quatre placée dans un foyer de soins de longue durée a des besoins relativement peu élevés et d'autres niveaux de soins pourraient leur être prodigues s'ils étaient disponibles. Malgré l'absence actuelle d'objectifs bien définis pour cet indicateur, nous sommes persuadés que la situation peut s'améliorer.

Sources:

* BOPHQ, janvier-mars 2009, données fournies par Action Cancer Ontario.

** BOP, ex. fin. 2007/2008, MSSLD.

*** Base de données sur le profil des clients. MSSLD, juillet-sept. 2009, données fournies par le CASC de Toronto.

¹ R. au corr. = 0,59, indique une forte corrélation.

² L'Algorithm Method for Assigning Priority Levels (MAPLe) est un outil d'aide à la décision empirique pouvant servir à éclairer les choix pour l'affectation des ressources associées aux soins à domicile et à classer par ordre de priorité les personnes nécessitant des services au sein de la collectivité ou dans un établissement. Le score MAPLe est un indicateur valide des placements dans les foyers de soins infirmiers, de la détresse des soignants et des scores indiquant qu'il serait préférable que le client soit placé ailleurs.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales des problèmes de qualité

Évaluation inadéquate des besoins en matière de santé. Certaines personnes peuvent être admises dans un foyer de soins de longue durée alors qu'elles ne requièrent pas ce type de soins et pourraient être soignées chez elles (c.-à-d. soins à domicile).

Classement hâtif de personnes dans la catégorie de celles ayant besoin de soins de longue durée.

Pas assez de places pour les personnes qui ont besoin de soins continus.

Que fait-on en Ontario?

- En août 2007, le gouvernement de l'Ontario a lancé la stratégie Vieillir chez soi, initiative de 1,1 milliard de dollars sur une période de quatre ans afin d'aider les personnes âgées à continuer de vivre chez elles. La stratégie comprend des fonds supplémentaires pour des services comme les soins à domicile, les appareils fonctionnels, les résidences services et les soins palliatifs. Elle finance aussi des projets innovateurs, comme l'utilisation de fournisseurs non traditionnels ou la prestation de services de prévention ou de bien-être, par exemple : programmes de jour pour personnes âgées, programmes sociaux et récréatifs et programmes de prévention des chutes.

Idées d'amélioration

Identifier promptement les personnes qui risquent d'être hospitalisées.

On peut trouver des moyens d'identifier les personnes de santé fragile qui vivent chez elles et, parce que leurs besoins ne sont pas satisfaisants, risquent fortement d'être hospitalisées et d'être placées ensuite dans un foyer de soins de longue durée. Si ces personnes sont identifiées promptement et si elles reçoivent les soins dont elles ont besoin à domicile, on pourra éviter que leur santé ne se détériore rapidement et faire en sorte qu'elles puissent revenir après une hospitalisation. Mississauga-Halton a mis en place un programme ayant pour but d'assurer que toute personne âgée d'au moins 75 ans qui vient aux urgences fasse l'objet d'une évaluation pour déterminer si elle a besoin de soins à domicile¹⁰.

S'appuyer sur des critères objectifs pour déterminer qui a vraiment besoin de soins de longue durée. ce qui signifie passer minutieusement en revue les soins de santé dont a besoin une personne pour s'assurer que seules celles ayant de lourds besoins soient inscrites sur la liste d'attente. Cette approche aidera sans doute à régler les situations où les personnes qui craignent d'attendre longtemps se font inscrire sur une liste « juste en cas ». Certains outils objectifs, comme l'échelle MAPLe¹¹, aident les agents de la planification des soins à déterminer si, compte tenu de ses besoins, une personne mérite d'être inscrite sur la liste d'attente.

Éviter de classer hâtivement une personne comme ayant besoin de SLD. Lorsqu'elles se rendent à l'hôpital en raison d'une soudaine aggravation de leur état, certaines personnes s'entendent dire, avant même d'avoir eu la possibilité de se rétablir, qu'elles devront aller dans un foyer de soins de longue durée. Des lors, elles risquent de vendre leur maison et de déclencher une chaîne d'événements irréversibles. Et même si elles se rétablissent mieux que prévu par la suite, il leur faudra tout de même aller dans un foyer de soins de longue durée. Ce sont les médecins qui décident généralement si des soins de longue durée sont nécessaires. Tous les médecins qui travaillent aux services des urgences ou dans les hôpitaux doivent appuyer cette stratégie en laissant la décision de placer un patient dans un foyer de soins de longue durée aux organismes de soins à domicile. Par exemple, le RLISS de Mississauga-Halton a créé le programme Home First afin de réduire le nombre de patients nécessitant d'autres niveaux de soins et de faciliter leur transition entre l'hôpital de soins actifs et leur domicile^{12,13}.

Veiller à ce que, outre les foyers de soins de longue durée, il y ait suffisamment d'autres options. dont logements avec services de soutien¹⁴ où les personnes de santé fragile peuvent recevoir des soins continus, mais moins intensifs que ceux prodigués dans un foyer de soins de longue durée. A l'heure actuelle, les maisons de retraite de l'Ontario fournissent quelques-uns de ces services, mais ces dernières ne représentent une option que pour les personnes qui en ont les moyens. Bien qu'il existe des allocations de logement pour les personnes âgées admissibles, les critères sont rigoureux et l'attente avant d'obtenir un logement subventionné peut être longue¹⁵. De plus, même si elles sont agréées par l'Ontario Retirement Communities Association¹⁶, ces maisons de retraite ne relèvent pas de la compétence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Pour sa part, l'Alberta a mis au point un système de soins continus comprenant des logements supervisés^{17,18}. Dans le rapport de l'an dernier, nous avons parlé de la région avoisinante de Lethbridge (Alberta) qui applique cette méthode pour réduire le temps d'attente à seulement 28 jours et utilise de ce fait un tiers de lits de soins de longue durée de moins que l'Ontario¹⁹.

Envisager d'augmenter les soins à domicile. Par le passé, le nombre des heures auxquelles avaient droit les clients était plafonné, cette restriction ayant récemment été supprimée, certains clients pourront ainsi éviter d'être inscrits sur une liste d'attente pour obtenir des soins de longue durée. Toutefois, d'autres options, comme un logement avec services de soutien (voir ci-dessus), seraient sans doute plus rentables que des soins continus pour les personnes ayant des besoins plus lourds.

7.3

Éviter les médicaments et les examens inutiles

Il arrive souvent que certaines mesures coûtent trop cher et qu'on doive y mettre fin ou les remplacer par une solution moins dispendieuse, mais tout aussi efficace. Nous étudions ici deux exemples : les tests inutiles effectués avant une chirurgie de la cataracte et l'utilisation des thiazidiques pour soigner l'hypertension.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
Éliminer les ECG et les radiographies pulmonaires inutiles avant les chirurgies de la cataracte. Plusieurs études ont permis d'établir que ni les ECG ni les radiographies n'avaient une quelconque utilité ^{241, 242} .	Gaspillage d'argent et de temps ²⁴³ . Exposition inutile aux radiations en cas de radiographies pulmonaires.	Les 130 000 Ontariennes et Ontariens qui se font opérer de la cataracte chaque année ²⁴⁴ .	
Utiliser des médicaments moins dispendieux s'ils sont tout aussi efficaces que les médicaments plus nouveaux et plus chers. Notamment, utiliser les thiazidiques comme premier choix pour l'hypertension sans complication ²⁴⁵ .	Gaspillage d'argent.	Plus de 23 000 personnes âgées en Ontario ont été diagnostiquées comme souffrant d'hypertension sans complication l'an dernier ²⁴⁶ .	
Indicateur	Valeur	Valeurs et comparaisons	Constatations
Taux d'ECG préalables par tranche de 100 chirurgies de la cataracte	35 *		Environ un patient sur trois qui se fait opérer de la cataracte passe un ECG et environ une personne sur 25 passe une radiographie pulmonaire. Heureusement, nous avons réduit le nombre de ces examens inutiles au cours des six années précédentes. Toutefois, il y a encore des améliorations à faire.
Taux de radiographies pulmonaires par tranche de 100 chirurgies de la cataracte	4,1 *		
Pourcentage de personnes âgées souffrant d'hypertension sans complication, traitées à l'aide d'un diurétique comme premier traitement	31 %**		Seulement un patient sur trois commence à traiter son hypertension à l'aide de médicaments peu dispendieux, mais tout aussi efficaces. Les médecins auraient tendance à utiliser des médicaments plus chers sans raison. Cela empire d'année en année. Nous pourrions faire beaucoup mieux.

Sources

* Base de données sur les personnes inscrites (BDOI), Base de données sur les congés des patients, Same Day Surgery Database, Banque de données de l'Assurance-santé de l'Ontario, exercice financier 2008-2009; calculé par IRSS.

** BDOI, Ontario Diabetes Database, Ontario Drug Benefits Database, Base de données sur les congés des patients, Banque de données de l'Assurance-santé de l'Ontario, exercice financier 2008-2009; calculé par IRSS.



Causes fondamentales des problèmes de qualité

Les médecins ne connaissent pas les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires.²⁴⁷

Les médecins ne savent pas qu'ils ne suivent pas les lignes directrices comme ils le devraient.

Les fournisseurs de soins de santé sont influencés par les représentants des sociétés pharmaceutiques. Les fournisseurs de soins de santé n'ont parfois pas le temps d'étudier la documentation sur les médicaments plus dispendieux et font confiance aux représentants des sociétés pharmaceutiques. Les campagnes de marketing font souvent la promotion de médicaments dispendieux qui ne sont pas nécessairement plus efficaces que des médicaments plus anciens et moins chers.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAires

Idées d'amélioration

Protocole préalable aux interventions rappelant aux médecins que les radiographies pulmonaires et les ECG ne sont pas nécessaires pour les interventions peu importantes

Outils d'aide à la décision inclus dans les dossiers médicaux électroniques afin de rappeler aux médecins de famille les médicaments recommandés dans certains cas.

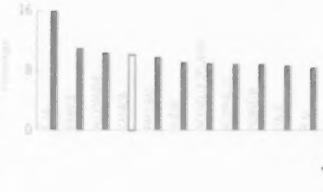
Contrôle régulier de l'observation des protocoles et présentation de rapports sur le rendement. Suivi régulier de l'observation des lignes directrices et la présentation des résultats aux hôpitaux et aux fournisseurs de santé individuels pour leur donner une indication de leur rendement et les aider à déterminer les domaines qui peuvent être améliorés.

Examen de la documentation. Ce programme comprend des visites de pharmaciens dans les cabinets médicaux afin de préconiser des pratiques de prescription de médicaments fondées sur l'évaluation objective de la documentation.^{248, 249, 250}

8.1

Dépenses totales et optimisation des ressources

Il est essentiel de disposer de ressources financières adéquates pour gérer un système aussi vaste et complexe que celui de la santé. Pour évaluer les investissements effectués dans le domaine de la santé, on peut, entre autres, analyser le pourcentage de la richesse totale de la province consacrée aux soins de santé. On l'exprime en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) provincial, qui est le total de tous les biens et services que produit l'Ontario. Il est difficile de savoir quel est le bon ou le meilleur niveau de dépenses de soins de santé. Il seraient sans doute plus facile de justifier les dépenses si les Ontariens étaient convaincus qu'ils achètent des soins de meilleure qualité. Toutefois, la décision de dépenser davantage doit être pondérée en fonction des ressources disponibles (une vive source de préoccupation dans le contexte économique actuel). Il faut également tenir compte d'autres utilisations possibles de l'argent (les contraintes : éducation, services sociaux, soutien du revenu ou amélioration du système routier, par exemple).

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage du produit intérieur brut (PIB) consacré à l'ensemble des dépenses de santé ¹	12,7%* 11,9%		En 2009, les dépenses de santé de l'Ontario ont représenté 12,7 % de la richesse provinciale, soit une hausse de 8,8 % par rapport à 2000. Auparavant, l'Ontario consacrait un pourcentage moindre de son PIB aux soins de santé que le reste du Canada; aujourd'hui, c'est le contraire. L'augmentation récente de la part des dépenses de santé s'explique par le fléchissement de l'économie et du PIB. Or, les dépenses de santé continuent d'augmenter, ce qui met en péril la pérennité du système de soins de santé.
Total des dépenses de la province dans le secteur de la santé	72,2 milliards \$*		En 2007, parmi les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada s'est classé au sixième rang en ce qui concerne le pourcentage du PIB consacré aux dépenses de santé. ² Une fois les écarts de calcul ajustés (l'OCDE se sert d'une formule qui fixe le pourcentage du PIB à un seuil inférieur de 0,4 %), l'Ontario semble consacrer une part plus importante de son PIB à la santé que la plupart des pays, sauf les E.-U., la France et la Suisse.
Total des dépenses de santé par habitant	5 530 \$ *		En 2009, l'Ontario a dépensé 5 530 \$ par habitant en soins de santé.* Depuis 2000, les dépenses de santé par habitant ont augmenté de 65 %, ce qui représente une hausse de 5,8 % par an par rapport au taux moyen d'inflation annuel de 2,3 % ³ . Toutefois, le taux d'accroissement des dépenses par habitant en Ontario a été plus lent que dans toutes les autres provinces, sauf la Colombie-Britannique.

Sources:

¹ Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2009, et IOS, 2009, p.131. http://secure.cbs.ca/cbssweb/dsPage.jsp?cse_page=PG_2490_E&cse_topic=2490&cse_rel=AR_31_E² Organisation de coopération et de développement économiques, 2009. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH>³ Le niveau absolu des dépenses de santé des gouvernements par habitant est éloigné associé au niveau de revenu du pays. Les dépenses de santé d'un gouvernement exprimées en pourcentage du produit intérieur brut dépendent de la priorité que le gouvernement accorde au secteur de la santé, c'est-à-dire aux ressources qu'il décide de lui attribuer, celles-ci étant exprimées en pourcentage des dépenses totales du gouvernement.



Les dépenses par rapport à l'optimisation des ressources

A l'heure actuelle, les dépenses de santé de l'Ontario sont nettement plus élevées que celles de beaucoup d'autres pays industrialisés. Quel avantage l'Ontario retire-t-il de cet investissement supplémentaire? Le tableau suivant compare les dépenses de l'Ontario par rapport à celles de six autres pays qui dépensent moins, selon un échantillon d'indicateurs clés. Bien que les dépenses de santé de l'Ontario soient beaucoup plus élevées que celles de nombre d'autres pays, il réalise en général de moins bons résultats que la plupart de ces pays s'agissant des indicateurs de qualité décrits ci-dessus. Les chercheurs¹⁰ qui ont analysé la performance du Canada par rapport à celle des pays européens à partir d'une liste beaucoup plus détaillée d'indicateurs ont observé que la qualité des traitements au Canada était identique à celle de la plupart des pays européens, mais que les temps d'attente y étaient plus longs et les droits des patients moins bien protégés. Ils en ont conclu que le Canada se classait au dernier rang parmi 32 nations en raison de l'indice « en avoir pour son argent ».

Indicateur	Ontario	R.-U.	Pays-Bas	Norvège	Suède	Australie	Nouvelle-Zélande
Pourcentage du PIB, 2007	10,6 % ¹¹	8,4 %	9,8 %	8,9 %	9,1 %	8,7 %	9,2 %
Pourcentage de médecins de famille se servant de dossiers médicaux électroniques, 2009 ¹²	43 %	96 %	99 %	97 %	94 %	95 %	97 %
Pourcentage d'adultes malades en mesure de voir leur médecin de famille le jour même ou le lendemain, 2008 ¹³	38 %	61 %	79 %	n.a.	n.a.	53 %	71 %
Pourcentage d'adultes malades en mesure de voir un spécialiste dans les quatre semaines, 2008 ¹³	43 %	44 %	73 %	n.a.	n.a.	46 %	50 %
Pourcentage d'adultes malades estimant que la qualité générale des soins médicaux qu'ils ont reçus au cours des douze derniers mois était excellente ou très bonne, 2008 ¹³	61 %	62 %	37 %	n.a.	n.a.	61 %	66 %
Taux de mammographies de dépistage, 2008 ¹⁴	73 %	75 %	85 %	98 %	84 %	n.a.	n.a.

Sources:

10. CFS (2009).

11. CFS (2009).

12. Taux canadien d'après l'ESOC, 2008 http://www.healthpowerhouse.com/files/ig_indicators_2008/5.5.%20Mammography%20reach.pdf.

13. Estimation, ajustée selon la méthode de calcul de l'OCDE.

8.2 Les technologies de l'information

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
Un système permettant de saisir et de mémoriser électroniquement les notes et les ordonnances.	Erreurs en raison d'une écriture illisible ou dans la transcription. Perte de temps à chercher des renseignements qui manquent ou qui sont classés au mauvais endroit.	Tous les Ontariens et professionnels de la santé	
Un système de technologie de l'information qui détecte les erreurs éventuelles et rappelle à quel moment une visite de suivi ou un traitement s'impose.	Erreurs de posologie, interactions ou allergies médicamenteuses qui risquent de ne pas être signalées. Les prestataires de soins de santé risquent d'oublier des tests ou des visites de suivi, voire d'omettre de prescrire les médicaments adéquats pour certaines affections.		
L'échange des antécédents médicaux d'une personne et de ses données médicales (p.ex., résultats de tests) parmi les prestataires de soins, et leur protection.	Des tests refaits inutilement, car les résultats des premiers sont introuvables. Prescriptions inadéquates parce que la plupart des renseignements récents ne sont pas disponibles. Temps perdu à saisir à nouveau des données. Le travail en équipe et la communication entre les prestataires de soins de santé sont entravés.		
Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage du budget consacré aux systèmes d'information, dans les :	3,4%* 2,5% 2,0% 0,8%		Dans plusieurs secteurs de la santé, les dépenses en TI augmentent peu à peu. Ce sont les hôpitaux qui leur consacrent le plus d'argent. Toutefois, nous dépensons toujours beaucoup moins que le secteur bancaire dans ce domaine (7 %) ^{253, 254} .
Scores EMRAM (Hospital Electronic Medical Record Adoption)* (stade 0 à 7) sur les progrès des hôpitaux en ce qui concerne l'adoption des TI	0,92** 1,9 2,8 0,48 1,41 1,6 2,8		Les hôpitaux de l'Ontario ont réalisé quelques progrès dans l'adoption des TI, mais nous avons encore beaucoup de chemin à faire à cet égard. Nous sommes à la traîne des E.-U., et les petits hôpitaux sont à la traîne des grands hôpitaux.
Pourcentage d'hôpitaux se servant de systèmes informatisés pour :	9 %** 49 % 8 % 83 %		En Ontario, moins d'un hôpital sur dix est en mesure d'envoyer par voie électronique des aiguillages ou est doté d'un système de saisie informatique des ordonnances. Seulement 50 % ont des dossiers médicaux électroniques. Il reste encore beaucoup d'améliorations à faire. D'un autre côté, les hôpitaux ont fait beaucoup de progrès en utilisant des systèmes d'imagerie numérique qui permettent la transmission électronique des rayons X et d'autres images.
Pourcentage de médecins de famille qui se servent de dossiers médicaux électroniques (DME)	43 %***		Grâce au financement et à l'appui du programme Ontario MD, le pourcentage de médecins de famille qui se sert de DME est passé de 26 % en 2007 ²⁵⁵ à 43 % en 2009 ²⁵⁶ . La province se classe derrière l'Alberta/C.-B. (49 %) et l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le R.-U., la Norvège et les Pays-Bas (99-99 %).
Pourcentage de médecins de famille qui :	16 %*** 33 % 28 %		Les médecins de l'Ontario qui ont des DME ne se servent pas tous des outils à leur disposition pour améliorer la qualité, comme les rappels électroniques (visites de suivi ou vérifications pour éviter des erreurs médicamenteuses). En Australie, presque tous les médecins se servent de ces outils ²⁵⁷ .



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Raisons fondamentales des problèmes de qualité

Coûts. Matériel, licences d'utilisation des logiciels, formation, entretien et mises à jour.

Perte de productivité pendant la transition au DME²⁵⁸⁻²⁵⁹. Selon certains médecins, il faut des mois, voire des années, pour mettre complètement en place un système de DME. Les médecins estiment peut-être que, faute de mesure incitative, les coûts et les contrariétés n'en valent pas la peine.

Craindre de problèmes, dont blocages de systèmes, pertes de données ou infractions à la sécurité.

Incertitude quant au logiciel qui prévaudra. Les médecins, soupçonnant que certains fournisseurs ne seront plus en affaires à l'avenir, en remettent l'achat à plus tard en attendant que le chef de file du marché se démarque nettement.

Les véritables avantages ne se concrétiseront que lorsque d'autres éléments du système seront en place. Si les laboratoires de radiologie, par exemple, ne sont pas en mesure d'envoyer électroniquement des données, le personnel risque alors d'avoir à scanner l'information pour l'entrer dans le DME, ce qui est extrêmement inefficace.

Certains médecins ne tapent pas bien.

Idées d'amélioration

D'autres compétences ont établi des **programmes incitatifs** soit pour subventionner les dépenses engagées par les médecins pour se doter de DME soit pour offrir des primes à la prestation de soins de meilleure qualité²⁶⁰. Un DME permettant de surveiller la qualité fait l'objet d'une analyse de rentabilisation en vue de l'investissement.

Repérer les **champions** ou les chefs de file parmi les **médecins**²⁶¹. Les médecins détenant de l'expérience dans le domaine des DME peuvent rassurer leurs collègues en leur montrant qu'il existe des protocoles standards de protection contre les problèmes informatiques (p.ex., systèmes de secours, pare-feu, etc.), ou leur donner des conseils sur la façon de mettre en place sans heurt un système de dossiers médicaux électroniques.

Encourager au niveau provincial ou national des **normes communes** pour l'échange de données, de façon que même si l'entreprise d'un fabricant de logiciels est liquidée, des données clés puissent être tout de même transférées vers un autre système.

Continuer à investir des fonds dans les registres des maladies, les systèmes de gestion de l'information des laboratoires, les systèmes de prescriptions électroniques et le système d'imagerie diagnostique et d'archivage et de transmission d'images (ID/PACS), comme l'ont fait de nombreux pays et des provinces comme l'Alberta²⁶²⁻²⁶³.

Envisager l'utilisation de tablettes graphiques ayant des fonctions de reconnaissance de l'écriture manuscrite.

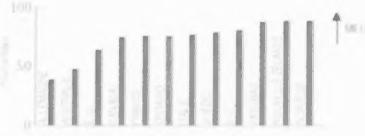
Que fait-on en Ontario?

- En octobre 2009, le programme d'adoption des DME, financé par CyberSanté Ontario et géré par OntarioMD, a été annoncé. Il vise à faire passer le nombre des médecins doté de DME à 9 000 d'ici à 2012²⁶⁴.
- L'élaboration d'un registre en ligne des cas de diabète est en cours. Le registre permettra de déterminer dans quelle mesure le diabète est contrôlé et si les patients prennent les médicaments voulus, passent les tests qu'il faut et font l'objet du suivi nécessaire²⁶⁵.
- Le programme des ordonnances électroniques a commencé en 2008, ce qui permet à l'heure actuelle aux prestataires de soins de santé d'acheminer électroniquement les ordonnances aux pharmaciens et d'éviter ainsi des erreurs dues à la lecture des ordonnances manuscrites²⁶⁶.
- Depuis juillet 2009, grâce au système d'imagerie diagnostique et d'archivage et de transmission d'images (ID/PACS), tous les hôpitaux de l'Ontario sont en mesure d'échanger des images sans film (p.ex., radiographies, tomographies par ordinateur, IRM)²⁶⁷.
- Les Centres d'accès aux soins communautaires utilisent à présent pour leurs clients un système d'information médicale permettant à tous les prestataires de services d'avoir accès à des renseignements relatifs aux admissions et à l'arguillage, aux bilans médicaux, aux services fournis et aux caractéristiques cliniques des patients et d'échanger de tels renseignements.
- En 2009, le Système de notification des SU-CASC a été étendu aux SU très occupés²⁶⁸. Ce système en ligne réduit les taux de ré-hospitalisations en repérant non seulement les patients déjà clients, mais aussi les nouveaux patients des CASC qui seraient mieux servis par des soins extrahospitaliers, ce qui permet de réduire le nombre de visites aux SU²⁶⁹.
- Depuis 2007, le Système informatique du Visualiseur des profils pharmaceutiques des patients (VPPP) est utilisé dans les services des urgences, les aires d'hospitalisation, d'admission, les pharmacies et les cliniques de 245 hôpitaux pour avoir accès aux renseignements sur les demandes de remboursement de frais de médicaments d'ordonnance des 2,3 millions de bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario²⁷⁰.

8.3 Un milieu de travail sain

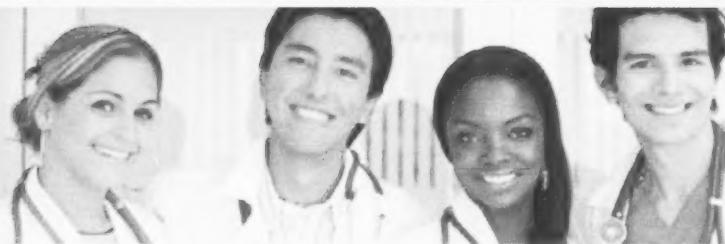
Dans les établissements de santé sûrs et bien gérés, il y a moins d'accidents du travail et leur emploi favorise davantage les employés. De plus, ces établissements ont non seulement un effet sur la santé du personnel, mais aussi sur la qualité des soins. Selon les recherches, des travailleuses et travailleuses de la santé satisfaites et en bonne santé sont courtois et moins susceptibles de commettre des erreurs dues à la fatigue ou au stress.²⁷³

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Des taux d'accidents les plus faibles possible chez les travailleuses et travailleurs de la santé, grâce à une bonne formation en techniques et normes de sécurité, du matériel de sécurité (p.ex., élévateur vertical pour déplacer les patients), des inspections et un engagement des organismes à l'égard de la sécurité.	Lorsque des employés sont en arrêt de travail à la suite d'un accident du travail, le volume de travail et le stress de ceux qui les remplacent augmentent. À la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT), les demandes d'indemnisation se multiplient et les primes risquent d'augmenter. Des accidents peuvent provoquer un roulement du personnel, ce qui interrompt le suivi des soins et peut augmenter les dépenses en recrutement. Par ailleurs, les organismes dans lesquels les conditions de travail sont dangereuses pour la santé pourraient éprouver des difficultés à attirer de nouveaux employés.	Les 560 000 Ontariens qui travaillent dans le secteur de la santé et des services sociaux et représentent 9,8 % de l'ensemble de la main-d'œuvre ontarienne ²⁷⁴ .
Une plus grande satisfaction professionnelle chez les prestataires de soins de santé grâce à une réduction du stress, à un volume de travail raisonnable, à un bon esprit d'équipe et leadership.	Insatisfait, les employés risquent de quitter leur emploi, ce qui provoque des problèmes de roulement, comme mentionné plus haut. Des employés insatisfait sont davantage enclins à s'absenter et, s'ils sont stressés et débordés de travail, la qualité des soins et leur courtoisie en pâtiront.	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux d'accidents avec temps perdu et sans temps perdu pour 100 travailleurs équivalent plein temps :	8,9*	 <p>ME 121</p>	Depuis quelques années, on a enregistré des changements importants dans les taux d'accidents. C'est dans les foyers de soins de longue durée que les accidents sont les plus fréquents, et les taux d'accident dans le secteur de la santé sont plus élevés que dans d'autres secteurs d'activités, y compris la construction et l'exploitation minière ²⁷⁵ . Le taux des accidents chez les travailleurs de la santé de l'Ontario est plus faible que chez ceux de la Colombie-Britannique ²⁷⁵ . Ici encore des variations dans les définitions rendent une comparaison directe difficile. Selon nous, il est possible de faire beaucoup mieux.
Pourcentage de médecins qui sont satisfaits d'exercer la médecine	76 %**	 <p>ME 122</p>	Les trois quarts des médecins de famille de l'Ontario sont satisfaits d'exercer la médecine. Par rapport à d'autres grands pays, l'Ontario et le Canada se situent dans la moyenne à cet égard. Trois pays (Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège) affichent un taux de satisfaction très élevé, soit 9 médecins sur dix, même si ces derniers travaillent autant que ceux de l'Ontario ²⁷⁶ .

Sources

- * Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, 2008; cet indicateur représente le nombre total d'accidents entraînant une absence de temps perdu ou non l'employeur a pris en charge le coût de l'absence autorisée, par temps perdu pour 100 travailleurs des soins de longue durée par an.
- ** CFS (2009), pourcentage de médecins qui disent être satisfaits quand on leur pose la question : « Satisfaction générale à l'exercice de la médecine. »
- ²⁷³ Comprend les cliniques de soins actifs, de réadaptation, de soins psychiatriques et d'autres hôpitaux spécialisés.
- ²⁷⁴ Comprend les agences qui proposent des soins infirmiers, de réadaptation et des services de soutien personnel (p. ex. assistance aux familles) pour les programmes provinciaux de soins à domicile, ainsi que les hôpitaux ou d'autres organismes qui ont besoin de personnel à court terme pour combler les creux dans les horaires.
- ²⁷⁵ Comprend les cliniques de soins psychiatriques et de traitement des dépendances, de réadaptation et de santé publique, ainsi que les CSC.
- ²⁷⁶ Comprend les cabinets de médecins, de dentistes, de physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé, les laboratoires médicaux, les laboratoires de radiologie, les agences œuvrant dans le domaine de la recherche, de la promotion de la santé, de la sécurité des travailleurs ou de la gestion des services sociaux.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAires

Raisons fondamentales des problèmes de qualité

Manque de connaissances sur la sécurité. Le personnel (p.ex., médecins, personnel infirmier, autres prestataires de soins de santé) ne sont pas conscients des risques d'accident en milieu de travail ou ne connaissent pas les moyens de les éviter.

Pas de « culture de sécurité ». Le personnel ne fait pas suffisamment attention à la sécurité, c'est-à-dire qu'il ignore les risques et n'est pas motivé pour modifier des méthodes dangereuses. De plus, stress, fatigue ou épuisement dans le personnel peuvent augmenter les risques d'accident en milieu de travail.

Manque de matériel de sécurité. Le personnel ne dispose pas de matériel pouvant réduire les risques d'accident.

Idées d'amélioration

Sensibiliser le personnel aux risques d'accident et leur offrir des cours de formation sur la réduction des risques. Apprendre au personnel à faire attention aux risques d'accident (désordre, mauvais éclairage, endroits glissants), à appliquer les protocoles pour soulever des poids et les lignes directrices sur la prévention des infections et à utiliser le matériel de sécurité.

Évaluation des risques. Demander au personnel d'utiliser des listes de vérification normalisées, ce qui l'aidera à repérer les risques environnementaux, les mouvements répétitifs pouvant entraîner une lésion, le matériel en mauvais état⁷⁷.

Prévention de la maltraitance du personnel⁷⁸. Avoir un système de sécurité en place, fournir des interrupteurs de secours au personnel à haut risque, utiliser un système de surveillance mutuelle, enseigner au personnel les méthodes de la « désescalade » en cas de conflit.

Encourager un mode de vie sain au travail⁷⁹. Faire en sorte qu'il soit facile pour le personnel d'appliquer des habitudes de vie saines au travail. Citons à titre d'exemples : pauses-étirements pendant les réunions et aliments sains aux collations (aux réunions), dans les distributeurs automatiques et à la cafétéria, Défis « podomètre », concours « Monter les escaliers », Opérations vélo-boulot, offrir des supports pour vélos et des douches au travail. Proposer un programme « stop tabac » et un vaccin antigrippal universel.

Leadership manifeste en matière de santé et de sécurité au travail. Se fixer des objectifs assortis de dates limites pour réduire les accidents au travail et le faire savoir dans tout l'organisme. Afficher fréquemment des tableaux actualisés indiquant les progrès accomplis. Les P.D.G. et les directeurs font des tournées pour parler sécurité et écouter les inquiétudes du personnel à ce sujet. Le conseil d'administration surveille les statistiques sur la sécurité, y compris les taux d'accidents.

Attestation du mérite des employés. Décerner aux employés des prix, des certificats, diffuser des annonces de remerciements pour marquer des idées novatrices ou la participation à des activités sur la santé et la sécurité qui ont permis de réduire le nombre des accidents ou de promouvoir de meilleures habitudes de vie.

Acheter du matériel de sécurité. Dans le secteur de la santé, les maladies musculo-squelettiques découlant du levage de charges lourdes (p.ex., soulever, transférer et repositionner des patients) sont très courantes. Utiliser un dispositif de levage mécanique pour faciliter le transfert des patients. Un appareil d'intraveinothérapie sans aiguilles permet d'éviter les blessures par piqûres d'aiguilles. A envisager aussi des postes de travail ergonomiques pour réduire les lésions causées par des microtraumatismes répétés.

Que fait-on en Ontario?

- En collaboration avec le ministère du Travail et l'Ontario Safety Association for Community & Healthcare (OSACH), le MSSLD a offert des séances de sensibilisation, créé des outils d'évaluation des risques et produit des DVD sur la prévention de la violence au travail⁸⁰.
- À partir de juillet 2010, le Règlement sur la sécurité des aiguilles s'appliquera aussi à tous les milieux de travail communautaire. En vertu du règlement, les employeurs sont tenus de fournir au personnel des aiguilles sécuritaires pour remplacer les aiguilles creuses⁸¹.
- ProfessionsSantéOntario gère le Fonds d'innovation pour des milieux de travail sains, un programme de subventions visant les organismes de santé que la mise en place d'un milieu de travail sain intéresse⁸².

8.4

Ressources humaines en matière de santé

Ressources humaines en matière de santé s'intend du nombre et de la composition des personnes qui travaillent dans le secteur de la santé. Si la prestation de bons soins repose sur un personnel suffisant, les chercheurs et les gestionnaires n'ont pas réussi à définir le bon nombre et la bonne composition du personnel. En théorie, on peut fixer l'objectif souhaité en faisant des hypothèses sur la demande de soins de santé, le modèle de soins utilisé, la productivité du personnel et le nombre d'heures que le personnel est prêt à travailler. Toutefois, il faudrait constamment mettre à jour cet objectif, en raison de l'apparition de nouveaux modèles et des méthodes de travail plus efficaces. Comme l'Agence de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé ne fixe pas d'objectifs officiels en matière de planification, nous ne nous prononcerons pas à propos du caractère suffisant ou non de l'augmentation du nombre de professionnels. Nous indiquerons, néanmoins, si la composition de la main-d'œuvre semble nous orienter davantage vers un système de soins en équipes dans les cabinets de médecine familiale, ce qui est important pour dispenser avec efficacité des soins de haute qualité.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
Suffisamment de professionnels de la santé dans le système de soins de santé.	Nombre insuffisant de personnes pour dispenser les services voulus; temps d'attente plus longs ou incapacité totale des patients d'avoir accès aux services; surcroît de travail et de stress pour les personnes qui fournissent les services.	Les 13 millions d'Ontariennes et Ontariens.	
Indicateur	Valeurs	Tendances et comparaisons	Constatations
Nombre de postes de premier échelon pour étudiants :			A l'heure actuelle, en Ontario, il y a plus de nouveaux diplômés dans le secteur de la santé que jamais. Depuis quatre ans, l'augmentation la plus importante a touché les infirmières et infirmiers praticiens (76 %), les pharmaciens (55 %), les sages-femmes (50 %) et les infirmières et infirmiers autorisés (34 %).
Nombre de :			De 2002 à 2008, le nombre de médecins de famille (6,2 %), de spécialistes (8,6 %) et d'infirmières et infirmiers praticiens (82 %) a augmenté. Toutefois, il y a toujours qu'une ou un IP pour dix médecins de famille dans la province. Nous sommes loin de pouvoir créer des équipes dans lesquelles des médecins de famille travailleraient régulièrement avec des IP.
Nombre de médecins francophones pour 100 000 habitants	29 [†]		Depuis 2003, le nombre de médecins francophones a augmenté; aujourd'hui, 17 % des médecins parlent français. À noter que 4,8 % de la population ontarienne parle français ²⁸¹ .
Pourcentage de médecins de famille qui travaillent régulièrement avec d'autres prestataires de soins de santé dans leur cabinet.	52 % ^{††}		Seule la moitié des médecins de famille font régulièrement appel à la collaboration d'autres prestataires de soins de santé dans leur cabinet. Parmi les grands pays ²⁸² , ce taux est le deuxième le plus bas. Il est possible de faire beaucoup mieux.

Source:

^{*} Postes de premier échelon pour étudiants, données fournies par le MSSLD et le MFCU pour l'année universitaire 2009-2010.^{**} Ontario Physician Human Resources Data Centre (OPHRC), 2008.^{††} Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OII), 2009.[†] Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario (OMC), 2009.^{†††} CFS (2009); réponse à la question: « Outre les médecins, votre cabinet comprend d'autres prestataires de soins de santé (p. ex., personnel infirmier, personnel infirmier praticien, adjoints médicaux ou pharmaciens) qui se partagent la gestion des soins aux patients? »



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Raisons fondamentales des problèmes de qualité

Problème : Travail en équipe insuffisant dans le secteur des soins primaires

Les médecins ne sont pas formés pour travailler en équipe avec d'autres prestataires de soins de santé. Une collaboration harmonieuse exige une dynamique différente et des compétences en gestion.

Méconnaissance du rôle que peuvent jouer d'autres professionnels de la santé (p.ex., diététiciens) pour réduire la charge de travail des médecins.

Pénurie de personnel à embaucher. Les infirmières et infirmiers praticiens sont encore nouveaux en Ontario.

Tous les médecins ne participent pas à des modèles de financement qui leur permettraient d'embaucher d'autres personnes qui se joindraient à l'équipe.

Idées d'amélioration

Formation pour les équipes de soins primaires. Se concentrer sur la façon de travailler efficacement au sein d'une équipe, sur les rôles et les responsabilités, la gestion des conflits, la conception de schémas de prise en charge du patient par les différents membres de l'équipe de soins, à tour de rôle (p.ex., la réceptionniste vérifie la tension artérielle et le poids du patient diabétique, puis une infirmière ou un infirmier praticien examine son régime alimentaire et ses pieds, ensuite le médecin passe en revue avec lui ses médicaments et enfin le pharmacien lui remet une liste actualisée de ses médicaments.)

Il faudra peut-être que davantage de professionnels entrent dans le système.

Appui constant aux initiatives existantes. Programme des infirmières et infirmiers praticiens et d'autres. L'Ontario compte un certain nombre d'autres modèles de financement^{193, 194} à l'appui des structures en équipes, comme les Équipes de santé familiale et les Centres de santé communautaire.

9.1

Sortie de l'hôpital/Transitions

Dans le système de santé, une transition se produit lorsque des patients passent d'un prestataire ou cadre au suivant (p.ex., de l'hôpital à la collectivité). Selon les spécialistes de la sécurité des patients, de nombreuses sont commises pendant ces transitions²⁹, en raison d'une mauvaise communication. Il est important que le transfert et l'échange de tous les renseignements essentiels se fassent en temps opportun et que les soins de suivi soient organisés.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
A leur sortie de l'hôpital ou d'une SU et avant de rentrer chez eux, les patients devraient avoir tous les renseignements dont ils ont besoin (p.ex., les signaux d'alerte, les effets secondaires de nouveaux médicaments prescrits, qui appeler en cas de problèmes).	Retour à l'hôpital ou aggravation de l'état de santé. Impossibilité pour les patients de suivre les instructions après la sortie de l'hôpital s'ils ne sont pas correctement informés.	Les 20 % d'Ontariens qui se rendent aux urgences tous les ans ³⁰ et les Ontariens qui représentent au moins un million de congés hospitaliers tous les ans ³¹ .	
Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de patients qui ont tous les renseignements dont ils ont besoin après leur sortie¹: <ul style="list-style-type: none"> de l'hôpital 26 %* aux SU 24 %* Pourcentage de ceux qui connaissent les signaux d'alerte à surveiller une fois rentrés chez eux. Pourcentage de ceux auxquels quelqu'un a expliqué l'objet des médicaments. Pourcentage de ceux auxquels quelqu'un a expliqué comment prendre de nouveaux médicaments Pourcentage de ceux auxquels quelqu'un a expliqué les effets secondaires médicamenteux à surveiller Pourcentage de ceux auxquels on a dit quand reprendre le cours normal de leurs activités. Pourcentage de patients qui savaient qui appeler s'ils avaient besoin d'aide ou des questions après leur sortie de l'hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de patients qui ont tous les renseignements dont ils ont besoin après leur sortie¹: <ul style="list-style-type: none"> de l'hôpital 26 %* aux SU 24 %* Pourcentage de ceux qui connaissent les signaux d'alerte à surveiller une fois rentrés chez eux. Pourcentage de ceux auxquels quelqu'un a expliqué l'objet des médicaments. Pourcentage de ceux auxquels quelqu'un a expliqué comment prendre de nouveaux médicaments Pourcentage de ceux auxquels quelqu'un a expliqué les effets secondaires médicamenteux à surveiller Pourcentage de ceux auxquels on a dit quand reprendre le cours normal de leurs activités. Pourcentage de patients qui savaient qui appeler s'ils avaient besoin d'aide ou des questions après leur sortie de l'hôpital. 		<p>Seul un quart des patients qui sort de l'hôpital et lorsqu'il quitte les SU a toutes les informations qu'il leur faut. Depuis cinq ans, de légers progrès ont été réalisés, mais il reste encore beaucoup de marge pour faire mieux.</p>
Pourcentage de médecins de famille indiquant qu'ils reçoivent rapidement le résumé de sortie de l'hôpital des patients.	25 %**		<p>L'Ontario et le Canada sont à la traîne de beaucoup d'autres grands pays en ce qui concerne l'envoi rapide des résumés de sortie de l'hôpital aux médecins de famille.</p>
Pourcentage de médecins de famille indiquant qu'ils reçoivent rapidement le résumé des spécialistes.	69 %**		<p>Seuls sept médecins de famille sur dix reçoivent rapidement le résumé des spécialistes. Par rapport à d'autres grands pays, l'Ontario et le Canada se situent dans la moyenne à cet égard.</p>
Pourcentage de patients ayant fait un AVC qui, à leur sortie de l'unité des soins actifs, sont hospitalisés dans un service de réadaptation.	28 %***		<p>Trop peu de patients ayant fait un AVC sont hospitalisés dans un service de réadaptation (30 % seulement alors que l'objectif est de 60 %)³². Aucuns progrès accomplis à cet égard depuis trois ans.</p>

Sources : * Enquêtes sur la satisfaction des patients, NRC Picker, 2008-2009. ** D'après Survey of Physician Practices, Fonds du Commonwealth, 2009. † Est reçu rapidement = signifie moins de cinq jours, en moyenne. *** Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur la réadaptation (SNRI), 2008-2009, calculé par l'ICSS. Ne comprend que les patients traités dans des centres spéciaux pour accidents cérébrovasculaires en Ontario. ¶ Pour qui l'on considère qu'ils ont reçu tous les renseignements dont ils ont besoin à leur sortie de l'hôpital, les patients doivent avoir répondu par l'affirmative aux questions indiquées.



Causes fondamentales des problèmes de qualité

Problème : Les patients ne reçoivent pas ou ne comprennent pas les instructions à suivre après leur sortie de l'hôpital.

Les médecins ou d'autres prestataires de soins de santé oublient de donner aux patients tous les détails voulus à propos des soins après leur sortie de l'hôpital.

Quelquefois, les patients, trop stressés par leurs problèmes médicaux, oublient les instructions à suivre après leur sortie de l'hôpital.

Le personnel donne les instructions en des termes que les patients ne comprennent pas, ou les patients ne parlent pas bien anglais.

Problème : Transfert vers un centre de réadaptation après un AVC.

Réadaptation après un AVC

Manque de places dans les établissements de réadaptation pour accueillir les patients ayant fait un AVC.

Problème : résumés de sortie de l'hôpital non reçus par les prestataires de soins primaires

Les médecins ne dictent pas immédiatement les résumés de sortie de l'hôpital.

Retards dans l'envoi de l'information au médecin de famille ou au prestataire de soins de santé. Les hôpitaux envoient les rapports par courrier ordinaire.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Idées d'amélioration

Donner à tous les patients hospitalisés et à ceux qui se sont présentés aux urgences des instructions par écrit à suivre une fois de retour chez eux⁷⁹⁻⁸¹. Utiliser une feuille de papier carboné entre deux feuillets, donner une copie au patient et garder l'autre dans le dossier. Ou, utiliser une feuille standard pour certains états pathologiques courants (p.ex., gastroentérite, traumatisme crânien), avec un espace pour ajouter des détails particuliers au patient. Ces formulaires permettent non seulement d'éviter que certains patients oublient les instructions, mais on peut aussi les organiser de façon à rappeler au prestataire de soins de santé de discuter de toutes les questions importantes avec le patient (comment prendre les médicaments; quels symptômes surveiller; qui appeler en cas d'aggravation; ce qu'il faut faire chez lui; où se rendre pour les suivis).

Utiliser la méthode de la « répétition »⁸². Demander au patient de répéter les instructions à suivre après la sortie de l'hôpital pour s'assurer qu'il les comprend bien. En cas d'erreurs de sa part, les corriger et lui demander de recommencer. Envisager de demander au personnel de consigner sur la fiche du patient si celui-ci a répété correctement les instructions par écrit auxquelles se conformer après sa sortie de l'hôpital.

Services de traduction. Avoir une liste d'interprètes disponibles pour les langues couramment parlées dans la collectivité, ou des renseignements en plusieurs langues.

S'assurer que les capacités voulues existent pour dispenser des soins de réadaptation après un AVC. Étudier aussi les possibilités existant pour une rééducation ambulatoire.

Essayer les résumés de congé produits à partir d'une base de données cliniques. Contrairement aux résumés dictés, une grande partie des principaux renseignements sont alors saisis sur des formules standard. Selon les études, ces résumés sont plus rapides que les résumés dictés et permettent d'avoir plus de renseignements utiles. De plus, les médecins ou les prestataires de soins de santé qui les reçoivent trouvent qu'ils sont plus faciles à lire⁷⁹⁻⁸⁰.

Surveiller les retards dans les résumés de sortie de l'hôpital en retard et faire une rétroaction aux médecins de famille ou aux prestataires de soins de santé.

Établir dans l'hôpital des normes relatives aux résumés de sortie dictés en retard. En ce qui concerne les médecins qui envoient généralement en retard les résumés de sortie de l'hôpital, révoquer en dernier recours leurs priviléges hospitaliers.

Utiliser le télécopieur ou le courrier électronique protégé plutôt que le courrier.

Idéalement, il faudrait **transmettre l'information par voie électronique**, des hôpitaux jusqu'aux dossiers médicaux électroniques des cabinets de médecins de famille.

10.1 Des habitudes de vie saines

Un bon état de santé repose sur des habitudes de vie saines. Il est important de ne pas fumer et de ne pas consommer trop d'alcool, de maintenir un bon rythme d'activité physique, d'éviter l'obésité et de suivre un régime alimentaire sain, se composant de beaucoup de fruits et de légumes. Un mode de vie sain est important pour éviter d'avoir des maladies chroniques plus tard dans la vie.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Pas d'usage du tabac	L'usage du tabac est cause de cancer, de crises cardiaques, d'AVC, d'emphysème et d'autres affections ¹⁰⁷ et il tue tous les ans plus de 13 000 Ontariens. Les maladies liées au tabac coûtent à l'Ontario 1,7 milliard en soins de santé tous les ans, font perdre 4,3 milliards en productivité et représentent au moins 500 000 journées d'hôpital chaque année ¹⁰⁸ .	Toute la population ontarienne (1,3 millions d'habitants)
Pas d'obésité	L'obésité accroît les risques de maladies cardiaques, d'AVC, de diabète, de plusieurs sortes de cancer (cancer de l'œsophage, du pancréas et cancer colorectal, cancer du sein, de l'endomètre et du rein) ¹⁰⁹ , d'arthrite du genou et de nombreuses autres affections ¹¹⁰ . L'obésité coûte à l'Ontario 1,6 milliard : 647 millions en coûts directs et 905 millions en coûts indirects.	
Pas de sédentarité	On a remarqué que la sédentarité conduit à l'obésité, à l'aggravation des maladies cardiaques ou du diabète, à l'apparition d'ostéoporose ¹¹¹ et au cancer ¹¹² .	
Que tout le monde consomme quotidiennement au moins cinq portions de fruits et de légumes	Chez les personnes qui consomment moins de cinq portions de fruits et de légumes, les risques de maladies cardiaques et d'AVC ainsi que les risques de cancer (estomac, œsophage, poumon et colorectal) ¹¹³ sont plus élevés.	
Que les gens ne consomment pas trop d'alcool de façon régulière.	Risques de cirrhose du foie, de pancréatite, de gastrite chronique (irritation et saignements gastriques) ¹¹⁴ , de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, de cancer colorectal et de cancer du sein ¹¹⁵ ; risque plus grand de blessures et de comportement violent ¹¹⁶ .	
Indicateur	Valeur*	Tendances et comparaisons
Pourcentage de la population qui fume tous les jours	16 %	 <p>De 2001 à 2005, l'usage du tabac a baissé en Ontario, mais de 2005 à 2008, il est resté stable. Un Ontarien sur six âgé de 12 ans ou plus fume. Nos résultats sont meilleurs que ceux de la plupart des provinces, mais nous nous classons derrière la Colombie-Britannique.¹⁰⁷</p>
Pourcentage de la population qui boit abusivement	21 %	 <p>Un Ontarien sur cinq fait une consommation abusive d'alcool. Aucun progrès n'a été réalisé dans ce secteur depuis cinq ans. Nos résultats sont toutefois meilleurs que ceux de la plupart des provinces.</p>
Pourcentage de la population qui est obèse	18 %	 <p>De 2001 à 2005, nous avons réalisé d'importants progrès pour réduire l'obésité, la sédentarité et améliorer notre régime alimentaire; en revanche, de 2005 à 2008, nous avons accusé un recul sur tous ces fronts. La moitié des Ontariens ne font pas assez d'exercice et n'atteignent pas l'objectif provincial (55 %)¹⁰⁸. Nos résultats sont meilleurs que ceux de la plupart des provinces, mais nous nous classons derrière la Colombie-Britannique à tous ces égards.¹⁰⁸</p>
Pourcentage de la population qui est sédentaire	50 %	
Pourcentage de la population qui ne mange pas suffisamment de fruits et de légumes	59 %	

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRE



Raisons fondamentales des problèmes de qualité

Pauvreté ou faible niveau de scolarité. En général, les personnes appartenant à ces groupes manifestent davantage de comportements nuisibles à la santé (voir le chapitre 6). Ils ne sont peut-être pas au courant que leur comportement entraîne des risques pour la santé ou ils ont des soucis, comme trouver un logement sûr ou éviter d'être maltraités par exemple, qui sont plus importants à leurs yeux que le maintien d'un mode de vie sain.

De mauvaises habitudes de vie sont la norme du quartier.

Accoutumance à un mode de vie malsain, en particulier la nicotine.

Problèmes de motivation. Les patients ne se sentent pas motivés pour modifier leurs choix de vie ou ne prêtent pas attention aux conseils qui leur sont donnés pour changer de comportement.

Les prestataires de soins de santé oublient de parler des comportements sains.

Les prestataires de soins de santé n'ont pas le temps de discuter des comportements sains. Les prestataires, en particulier les médecins, n'ont pas toujours le temps de donner des conseils ou de prescrire des traitements visant la promotion de la santé, dont conseils pour arrêter de fumer, pendant des consultations en soins primaires.

Idées d'amélioration

Améliorer l'accès à des choix alimentaires sains. Encourager la consommation d'aliments sains (pommes, bananes, brocoli, avoine, pastèque, courge, pommes de terre, chou vert, œufs, épinard, tofu, lait, riz sauvage, pâtes à base de farine complète) que tout le monde peut acheter, indépendamment du niveau de revenu. Limiter les aliments malsains dans les cafétérias des écoles et des entreprises et supprimer les distributeurs automatiques de collations dans les écoles.

Simplifier les activités routinières. Consigner par écrit, en termes simples, des instructions ou préparer des listes de vérification simples (p.ex., liste d'aliments sains à acheter) que les patients peuvent suivre.

Créer des collectivités saines et multiplier les possibilités d'activité physique ainsi que les programmes d'éducation sanitaire¹¹⁰.

S'assurer que les communautés ont des sentiers de promenade, des groupes de conditionnement physique, des installations récréatives pour les personnes à faible revenu. Les employeurs devraient penser à offrir des programmes d'activité physique, des ateliers, des cours et d'autres ressources dans leur entreprise. Les scientifiques recommandent que les activités physiques et récréatives continuent à faire partie intégrante du curriculum scolaire¹¹¹. Il faut aussi assurer la sécurité des quartiers pour encourager la population à s'adonner à des activités physiques à l'extérieur.

Dénormaliser les comportements nuisibles pour la santé.

L'interdiction de fumer dans les lieux publics (déjà appliquée dans la plupart des milieux en Ontario) s'est avérée très efficace.

Thérapies de substitution de la nicotine. Des produits comme la gomme à la nicotine, les vaporiseurs, les timbres ou les losanges et certains médicaments peuvent être utilisés de concert avec une thérapie de modification du comportement pour réduire l'état de manque physiologique du tabac.

Encourager les patients à se prendre en charge, de préférence avec l'aide d'un conseiller certifié dans ces techniques. Le patient en apprend non seulement plus long sur son état, mais on lui apprend aussi à se fixer des objectifs raisonnables (p.ex., « Je vais commencer par perdre un kilo dans les trois prochaines semaines ») qui cadrent avec son mode de vie (p.ex., « À ma partie de bridge, je prendrai du thé vert au lieu d'une tasse de café double sucre-double crème »). Le patient peut atteindre petit à petit ses objectifs.

Matériel de promotion de la santé, y compris affiches, brochures, vidéos, annonces publicitaires ou autre matériel éducatif dans les établissements de soins de santé, les cabinets médicaux et les lieux publics où se rencontrent les personnes vulnérables.

Utiliser des organigrammes dans les dossiers des patients. Un organigramme est un document d'une page dans lequel on consigne tous les renseignements importants et on note la conformité aux pratiques exemplaires à chaque visite d'un patient. Il peut s'agir d'un document papier ou électronique.

Faire appel à d'autres membres de l'équipe soignante. Le personnel infirmier et des éducateurs en promotion de la santé peuvent donner des conseils avisés aux patients en matière de santé et de mode de vie sain.

Faire participer les patients à la planification de leurs soins en leur expliquer les éléments du plan et leurs raisons.

L'augmentation de la sécurité dans les collectivités joue aussi un rôle important dans la santé de la communauté et dans la promotion de l'activité physique.

Indication de la valeur calorique des aliments dans les chaînes de restaurants, les cafétérias des écoles et sur les menus affichés^{112, 113}.

Que fait-on en Ontario?

- Pour se procurer des renseignements sur une alimentation saine et sa contribution à la prévention des maladies chroniques, il suffit de consulter le site Saine Alimentation Ontario à www.Ontario.ca/EatRight ou de composer le 1 877 510-5102 pour parler à une diététicienne. Ce service est gratuit¹¹⁴.
- En vertu de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, il est interdit de fumer dans les lieux publics depuis 2004 et dans les lieux de travail depuis 2006¹¹⁵.
- La *Loi favorisant un irlaics Ontario sans fumée* interdit Ontariens de fumer dans un véhicule automobile avec des personnes âgées de moins de 16 ans à bord depuis le 21 janvier 2009¹¹⁶.
- En 2009-2010, le ministère de la Promotion de la santé s'est associé à divers organismes provinciaux et communautaires de quartiers prioritaires pour offrir des programmes d'activités et des services dans le cadre de l'Initiative ontarienne d'activités après l'école¹¹⁷. Ces programmes sont divers : programmes éducatifs sur l'alimentation et la nutrition visant à réduire l'obésité chez les enfants, programmes de sensibilisation à l'activité physique pour inciter à un mode de vie actif, cours d'éducation sur la santé et le bien-être personnel pour encourager l'estime de soi et autres activités visant des priorités particulières d'après les besoins communautaires locaux.

10.2

Santé de la mère et du nourrisson

La période allant de sa conception jusqu'à ses un an occupe une place essentielle dans le développement d'un enfant. Il est important pendant cette période de faire attention à la santé de la mère et de l'enfant. Des problèmes peuvent entraîner des conséquences pendant des années, voire pendant toute la vie.

Ce que nous souhaitons	Conséquences	Qui cela concerne?	
Des bébés d'un poids normal	Un faible poids à la naissance accroît le risque de décès, à la naissance ³²⁸ , et à toutes les étapes de l'existence ³²⁹ . Il est aussi corrélé à des difficultés d'apprentissage ³³⁰ et accroît le risque d'hypertension artérielle, de maladie cardiaque ³³¹ , de diabète ^{332,333} , d'asthme ainsi que de déficiences auditives et visuelles ³³⁴ plus tard dans la vie.	Les 136 000 bébés qui naissent en Ontario tous les ans et leur famille ³³⁵ .	
Allaitement maternel pendant au moins six mois après la naissance	Moins de liens entre la mère et le nourrisson ³³⁶ , davantage d'infections et d'allergies ³³⁷ et un risque plus grand de diabète plus tard dans la vie ³³⁸ . Moins de cancers des ovaires, du sein et d'ostéoporose chez les mères qui allaient ³³⁹ .		
Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux de mortalité chez les nourrissons (pour 1 000 nourrissons)	5,2*		De 2002 à 2007, le taux de mortalité infantile n'a pas baissé. Nous sommes plus d'autres pays à cet égard, notamment du Japon et du R.-U. ³³⁰ Comme nous éprouvons en outre des difficultés à recenser tous les cas de mortalité infantile, il est bien possible que le taux soit encore plus élevé ³³¹ .
Pourcentage de bébés ayant un poids insuffisant à la naissance	6,1 %**		Davantage de bébés naissent en Ontario en ayant un poids insuffisant à la naissance. En 2005, l'Ontario se classait au 3 ^e rang pour le taux le plus élevé de bébés de faible poids à la naissance, derrière l'Alberta (6,4 %) et le Nunavut (8,3 %) ³³² .
Pourcentage de mères qui allaitent leur enfant :			
—●— tout de suite après la naissance	90 %***		Neuf nouvelles mères sur dix allaitent leur bébé à sa naissance, ce qui est encourageant. Malheureusement, trop de femmes arrêtent d'allaiter trop tôt. Seule une femme sur quatre continue d'allaiter exclusivement son enfant jusqu'à six mois (ce que l'Organisation mondiale de la santé recommande) ³³³ . Depuis trois ans, les taux d'allaitement maternel ont augmenté, mais l'Ontario est toujours à la traîne de la Colombie-Britannique ³³⁴ .
—●— exclusivement pour six mois	27 %		

Sources

- * Statistique Canada 2007. <http://www40.statcan.gc.ca/02/cst01/health2/la-fra.htm>, résultats les plus récents pour 2007. On entend par taux de mortalité infantile, le nombre de décès d'enfants âgés d'un an pour 1 000 naissances vivantes.
- ** Statistique Canada, 2005. http://canum2.statcan.gc.ca/cp-wm/cnsmc/g_pgm?Lang=FR&RootDir=01/4&ResultTemplate=01/01...&Array_Pick=1&ArrayId=1024005. Taux de naissances vivantes simples (poids du bébé à la naissance de 500 à 2 499 grammes) pour 1 000 naissances vivantes.
- *** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2008, CANSIM tableau 105-0501.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Raisons fondamentales des problèmes de qualité

Problème : Mortalité infantile

Davantage de naissances prématuress¹²⁵, en raison soit des progrès de la technologie soit du nombre accru de femmes plus âgées ayant recours à un induc de l'ovulation et qui a plusieurs grossesses.

Mort subite du nourrisson. Les parents ne sont peut-être pas au courant des mauvaises pratiques de sommeil (p.ex., foulard dans le berceau, fumée secondaire, position dans laquelle le bébé est couché) ou des façons de réduire les risques de mort subite du nourrisson (p.ex., coucher le bébé sur le dos).

Manque de connaissances sur la sécurité du nourrisson et du bébé. Les parents ne savent peut-être pas comment assurer la sécurité de leur bébé aux différentes étapes de sa croissance et de son développement.

Problèmes de santé chez les peuples des Premières Nations. La mortalité infantile est deux fois plus élevée chez les peuples des Premières Nations de la C.-B. et du Manitoba, où il existe des données permettant des évaluations¹²⁶. Cette situation est peut-être liée à des problèmes de santé générale, à une mauvaise alimentation, à la toxicomanie et à un manque d'accès à des soins prénatals.

Problème : Faible poids à la naissance

Certaines femmes n'ont pas accès à un dépistage et à des soins prénatals pendant leur grossesse. Des tests prénatals s'imposent pour déceler des complications, dont diabète gestационnel, manque de fer ou tension artérielle élevée. De plus, faute de faire l'objet de soins primaires pendant la grossesse, les femmes ne reçoivent pas de conseils sur la nutrition, sur les programmes pour arrêter de fumer et sur l'importance de ne pas prendre de drogues ou boire d'alcool. Dans certains groupes de femmes (adolescentes, femmes à faible revenu, immigrantes, femmes des Premières Nations), l'accès aux soins prénatals peut être plus faible.

Les femmes enceintes n'ont pas accès aux ressources voulues pouvant les aider à mener une vie saine pendant la grossesse. Par exemple, bonne alimentation, compléments prénatals et conseils sur les programmes pour arrêter de fumer ou sur la toxicomanie.

Problème : Faible taux d'allaitement maternel

L'allaitement décourage certaines nouvelles mères. Elles ont de la difficulté à maîtriser l'art de l'allaitement maternel ou sont dépassées par des complications (p.ex., mastite, douleurs et gercures des mamelons). Souvent, les femmes qui allaitent ont besoin de beaucoup de soutien. Les jeunes mères et les femmes qui ont un faible revenu risquent de ne pas avoir le soutien dont elles ont besoin¹²⁷.

Les mères ont du mal à concilier vie professionnelle et allaitement¹²⁸.

Manque d'intimité pour allaiter dans les lieux publics.

Méconnaissance des nouvelles lignes directrices. Il se peut que les mères et prestataires de soins de santé ne soient pas au courant des recommandations relatives à l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie d'un nourrisson (quatre mois précédemment).

Idées d'amélioration

Sensibiliser les parents aux façons d'assurer la sécurité de bébé à toutes les étapes de son développement, y compris pendant son sommeil, à l'importance d'utiliser des sangles de maintien dans les poussettes, sur les balançoires et les chaises hautes, à l'utilisation correcte des sièges de voiture et à la manière de sécuriser la maison une fois que l'enfant commence à se déplacer. Ces renseignements devraient être donnés entre autres par les instructrices de cours prénatals, les infirmières de la santé publique, les prestataires de soins primaires (médecins en soins primaires ou personnel infirmier, voire les deux).

Améliorer l'accès aux soins primaires. Des conseils sur la sécurité devraient être donnés dans un cabinet de soins primaires ou ailleurs. Voir la section 2.2.

Trouver une solution aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Dans les communautés à risque élevé, les nouveaux parents devraient avoir accès à des séances de counseling, de psychothérapie et à des médicaments, le cas échéant.

Améliorer l'accès aux soins primaires.

Voir la section 2.2

Cliniques spécialisées en soins prénatals, qui comptent des équipes de santé pluridisciplinaires (personnel infirmier, infirmières et infirmiers praticiens, médecins, sages-femmes, etc.) qui peuvent procéder aux visites de contrôle prénatals régulières.

Services d'approche pour les mères appartenant à un groupe à risque élevé. Il faudrait s'attacher particulièrement à inciter les mères appartenant à un groupe à risque élevé (p.ex., adolescentes, femmes à faible revenu, immigrantes, femmes des Premières Nations) à venir pour un dépistage et des soins prénatals. Ces efforts doivent être adaptés à la culture et à l'âge de ces femmes. Pour les femmes qui n'ont pas les moyens d'acheter des aliments nutritifs, il faut prendre les dispositions nécessaires pour qu'elles en obtiennent. En Ontario, de nombreux Centres de santé communautaire offrent des soins prénatals ciblant les groupes de la population ayant des besoins particuliers (p.ex., Centre de santé communautaire de Kingston Nord¹²⁹, Centre pour les jeunes de la région d'Ajax et de Pickering¹³⁰, Centre de santé communautaire du Nord-Ouest avec ses nombreux sites¹³¹ et son module mobile¹³²). Il y a aussi le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)¹³³.

Accès à une consultante en allaitement et à une clinique d'allaitement pour monter aux mères les bonnes techniques d'allaitement, leur suggérer des remèdes en cas de complications, et leur donner des conseils pour éviter une mastite.

Inciter les employeurs à mettre à la disposition des mères des espaces privés pour pomper leur lait.

Encourager les lieux publics (p.ex., centres commerciaux) à avoir des stations privées où les mères puissent allaiter.

Groupes de soutien pour les mères qui allaitent. Il en existe déjà beaucoup (p.ex., Ligue La Leche et groupes de soutien dans les unités de santé publique)¹³⁴; il est important de s'assurer que les femmes d'un faible statut socio-économique sont au courant de leur existence, y ont accès et à ce que tous les groupes répondent à leurs besoins.

10.3 Santé sexuelle

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité »¹⁵³. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination ni violence. Seuls trois indicateurs types de la santé sexuelle sont traités dans le présent document. Nous prévoyons élargir cette étude dans de prochains rapports.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?
Éviter les MTS, comme les chlamydioses et le VIH.	<p>Chez les femmes, une chlamydoïse non traitée peut provoquer des complications, notamment une maladie pelvienne inflammatoire pouvant provoquer en une grossesse ectopique, l'infertilité et des infections sanguines délétères. Chez les hommes, des infections non traitées peuvent se propager aux testicules et à la prostate et provoquer l'infertilité¹⁵⁵.</p> <p>Une infection au VIH peut mener au développement du SIDA (taux de mortalité élevé chez les personnes qui en sont atteintes) et à des infections, des cancers¹⁵⁶, la démence¹⁵⁷ et d'autres déficiences physiques graves.</p>	La population ontarienne active sexuellement Ontario
Éviter les grossesses chez les adolescentes	<p>Plus grand risque d'anémie, d'hypertension artérielle, d'éclampsie et de dépression chez les mères adolescentes¹⁵⁸. Par ailleurs, les adolescentes risquent de décrocher de l'école secondaire, d'être tributaires de l'aide sociale et de vivre dans la pauvreté¹⁵⁹.</p> <p>Plus grand risque chez les mères adolescentes de donner naissance à un bébé de faible poids ou d'accoucher prématurément, ce qui est peut-être cause de décès, de problèmes de développement, de difficultés d'apprentissage, d'une déficience auditive et visuelle et troubles respiratoires chroniques¹⁶⁰.</p> <p>Les enfants de mères adolescentes courent un plus grand risque de devenir à leur tour des parents adolescents, et de perpétuer ainsi le cycle¹⁶¹.</p>	Les 409 000 jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans en Ontario ¹⁶² .

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux de chlamydioses pour 100 000 habitants	219*		Deux Ontariens sur 1 000 ont reçu un diagnostic de chlamydoïse, une infection transmissible sexuellement. Depuis cinq ans, le nombre de cas a continué de beaucoup progresser, mais cela est peut-être dû au fait qu'il existe aujourd'hui des tests plus sensibles pour dépister une chlamydoïse.
Incidence du VIH pour 100 000 habitants	8,7**		Depuis cinq ans, l'incidence du VIH a baissé en Ontario. Il y a encore de la marge pour faire mieux.
Taux de grossesse chez les adolescentes pour 1 000 adolescentes	23***		En 2005, l'Ontario a affiché l'un des taux de grossesse chez les adolescentes parmi les plus faibles au Canada, avec 23 naissances vivantes pour 1 000 adolescentes ¹⁶⁴ . De 2000 à 2005, le taux a baissé. Il y a encore de la marge pour faire mieux.

Sources:

* MSSLD, 2009.

** VIH Laboratory, Direction des laboratoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2008. <http://www.phs.utoronto.ca/chemu/VHupdate.html>. Le taux de VIH comprend d'autres facteurs de risques, comme l'injection de drogue.

*** Statistique Canada, Statistique de l'état civil - Base de données sur les naissances et Base de données sur les mortalités, Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) et Base de données sur les avortements thérapeutiques, 2005. Femmes âgées de 15 à 19 ans. Ce taux comprend le nombre d'avortements thérapeutiques, mais pas les avortements spontanés, et les naissances vivantes.



Raisons fondamentales des problèmes de qualité

Manque de connaissances sur la santé sexuelle (lacunes dans les connaissances). Il se peut que les gens n'aient ni les connaissances ni les compétences et l'attitude nécessaires pour prendre des décisions sensées quant à leur santé sexuelle (maintien et la protection) et éviter ainsi une grossesse non voulue et une ITS.

Manque de communication. La question de la santé sexuelle n'est pas soulevée, discutée ou négociée avec le ou les partenaires.

Conduite autodestructive connexe

Aucun accès à des moyens de contraception

La collectivité n'est pas au courant de la propagation de l'infection.

Que fait-on en Ontario?

- Le ministère a publié les Normes de santé publique de l'Ontario 2008, qui établissent les exigences relatives aux programmes et aux services de santé publique fondamentaux et se concentrent sur la réduction et la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), ainsi que sur la promotion d'une sexualité saine¹²⁰. Les normes portent sur la sensibilisation du public à plus grande échelle, la collaboration avec les partenaires communautaires et le renforcement des capacités communautaires dans le secteur de la promotion de la santé.

Idées d'amélioration

Accès à des programmes d'éducation sexuelle bien concus.

Elaborer des programmes d'éducation sexuelle adaptés à l'âge et à la culture et respectueux de l'orientation et de l'identité sexuelles. En général, ces programmes se déroulent dans les écoles et dans des organismes communautaires. Ces programmes devraient aussi être offerts dans un milieu où les participants se sentent suffisamment inclus et en sécurité pour oser poser des questions et partager leurs points de vue avec les autres. Dans les zones à risque élevé, on a tente des campagnes de sensibilisation du public (radio, télévision, panneaux publicitaires).

Éducation des parents sur la façon de parler aux adolescents de la santé sexuelle. Aux É.-U., la National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (campagne nationale de prévention de la grossesse chez les adolescentes) recommande aux parents de parler tôt et souvent de la sexualité à leurs enfants, de toujours savoir où se trouve leur adolescente, de connaître les amis de leur enfant et leurs familles, d'encourager des activités en groupe plutôt qu'une relation suivie, de fortement déranger leur adolescent de fréquenter quelqu'un qui a plus de deux que lui ou elle, de savoir ce que leur adolescent(e) lit, regarde à la télévision ou écoute et d'être sensibilisés aux messages sexuels inappropriés dans les médias populaires¹²¹.

Renforcement des aptitudes à la prise de décision et à la communication assertive, soit entre autres faire davantage prendre conscience à la population des avantages qu'il y a à prendre des mesures pour encourager la santé sexuelle et réduire les dénouements malheureux. Faire participer les gens au processus décisionnel pour qu'il soit tenu compte de leurs valeurs, besoins et préoccupations et qu'ils ne soient pas ainsi poussés à se livrer à des actes sexuels non désirés. Des programmes comptant des jeux de rôle pour enseigner ces compétences se sont avérés efficaces¹²².

Stratégies de prévention de la violence dans les fréquentations et de la violence sexuelle. La violence dans les fréquentations peut être à l'origine d'actes sexuels non désirés qui, eux-mêmes, peuvent mener à une maladie transmise sexuellement ou une grossesse inopinée. Aux É.-U., on estime que la prévalence de la violence dans les fréquentations est d'une adolescente sur onze¹²³. Parmi les stratégies de prévention, on citera le dépistage des jeunes à risque en ce qui concerne la violence sexuelle (violence familiale, faible estime de soi) et apprendre aux adolescents qu'un comportement violent n'est certainement pas la norme. Aux É.-U., la campagne Choose Respect¹²⁴ vise à prévenir la violence dans les fréquentations en encourageant les adolescents à tisser des relations saines avec les autres, se fondant sur le respect, la communication et l'honnêteté, avant de commencer à fréquenter quelqu'un.

Programmes pour surmonter une faible estime de soi ou un état dépressif, dont psychothérapie, counselling et activités visant à aider les sujets à s'impliquer dans des activités familiales, scolaires et communautaires ou dans des activités bénévoles.

Programmes de prévention de l'usage de drogues illicites, cet usage étant associé à une conduite sexuelle à risques.

Accès à des moyens de contraception. Certaines cliniques de santé pour adolescentes fournissent gratuitement des contraceptifs (p. ex., pilule contraceptive) à des jeunes qui n'ont pas les moyens financiers d'en acheter. Il est important que ce genre de service soit disponible et connu dans toute la province. Dans certaines régions des É.-U., on a essayé d'installer ce genre de clinique dans les écoles à hauts risques¹²⁵.

Suivi et traitement des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires sexuels pour enrayer la propagation des ITS. Les professionnels de la santé qui diagnostiquent une ITS doivent en vertu de la loi la signaler aux autorités sanitaires publiques qui, à leur tour, sont tenues de contacter la personne infectée. Il est alors important d'établir des liens de confiance avec celle-ci pour l'encourager à nommer honnêtement toutes personnes qui pourraient être aussi infectées.

Les médecins de famille ou les cliniques de santé pour adolescentes téléphonent aux femmes actives sexuellement pour leur rappeler leur contrôle annuel (test Pap et MTS). Pour ce faire, intégrer des rappels dans le système de dossiers médicaux électroniques.

10.4

Mesures de prévention

Les mesures de prévention visant à maintenir la population en bonne santé comprennent les vaccins contre les infections et les tests de dépistage, ces derniers permettant de déceler tôt des maladies et de pouvoir ainsi les traiter avant qu'elles ne s'aggravent ou ne deviennent incurables. En septembre 2009, on comptait 4 037 cas de grippe H1N1 confirmés en Ontario⁶², en particulier chez des enfants et des personnes souffrant de maladies chroniques.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
Vaccins antigrippaux, en particulier pour les personnes âgées.	Davantage de cas de pneumonies, d'hospitalisations, de décès ⁶³ et augmentation des dépenses de soins de santé	Tous les Ontariens, en particulier les personnes âgées et celles souffrant de maladies chroniques	
Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de personnes (âgées de 65 ans et plus) ayant indiqué qu'elles se sont fait vacciner contre la grippe l'année précédant l'enquête	75 %*		Les trois quarts des personnes âgées sont vaccinées contre la grippe. Aucune amélioration depuis huit ans. À cet égard, l'Ontario est en meilleure position que la plupart des provinces, mais elle se range derrière la Nouvelle-Écosse. On peut faire mieux.
Pourcentage de personnes qui se sont fait vacciner contre le virus de la grippe A (H1N1)	37 %**		À la fin de 2009, à peine un peu plus d'un tiers de la population ontarienne était vaccinée contre la grippe H1N1. Ce taux est inférieur à celui de la plupart des provinces. À Terre-Neuve et au Labrador, 68 % des habitants ont été vaccinés contre la grippe H1N1. Nous pouvons faire beaucoup mieux.
Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 69 ans ayant indiqué qu'elles avaient passé une mammographie dans les deux ans précédant l'enquête	73 %*		Les trois quarts des femmes âgées de 50 à 69 ans indiquent qu'elles ont passé une mammographie au cours des deux années écoulées et quatre femmes adultes sur cinq indiquent qu'elles ont passé un test Pap au cours des trois années écoulées. Aucune amélioration.
Pourcentage d'Ontariennes âgées de 20 à 69 ans ayant indiqué qu'elles avaient passé un test Pap dans les trois ans précédant l'enquête	80 %*		
Pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans ayant indiqué qu'elles avaient passé un test de recherche de sang occulte dans les selles dans les deux ans précédant l'enquête	31 %*		Un adulte sur trois âgé de 50 à 75 ans passe un test de dépistage du cancer du côlon. Depuis trois ans, le taux s'est amélioré, probablement en raison du programme ContrôleCancerColorectal de l'Ontario ⁶⁴ . Il faut encore réaliser des progrès pour atteindre l'objectif de la province, soit 40 % de la population subissant ce test de dépistage d'ici à 2011 ⁶⁵ .
Pourcentage de femmes âgées de 65 ans qui ont passé une ostéodensitométrie (test de dépistage de l'ostéoporose) depuis qu'elles ont 55 ans	80 %***		Quatre femmes sur cinq passent un test de dépistage de l'ostéoporose. Depuis six ans, de grands progrès ont été accomplis.
Taux d'immunisations à jour chez les enfants d'âge scolaire pour :	rougeole, oreillons, rubéole (ROB) 89 %**** Diphthérie, coqueluche, tétanos (DCT) 82 % Poliomyélite IPV-OPV 89 % MMR, DCT et poliomyélite 79 % Hib (Haemophilus B) 97 %		Les immunisations de trop d'enfants d'âge scolaire (un sur cinq) ne sont pas à jour. Nous pouvons faire mieux. Dans certains districts de santé publique de l'Ontario, le taux d'immunisations atteint 98 %.

Sources : *ESOC 2008, calculé par l'RSS. Les taux rapportés par les patients ont tendance à être surestimés par rapport aux taux réels, par conséquent, il se peut que les taux réels soient plus faibles.

Communiqué du MSSLD du 18 décembre 2009 (http://www.health.gov.on.ca/fr/news-releases/2009/dec/Art2_20091218.aspx). *Banque de données de l'Assurance santé de l'Ontario, fichiers sur la population de Statistique Canada, BOP, 6e recensement par l'RSS. ****MSSLD, compilation du système d'information sur les données de vaccination. Taux de couverture vaccinale générale administrée en Ontario, selon l'âge. Pour les années scolaires allant de 2004/2005 à 2007/2008 correspondant aux années de naissance 1987-1997 à 1990-2000.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Raisons fondamentales des problèmes de qualité

Les gens n'ont pas accès à des soins primaires, ceux-là même qui offrent des services de prévention, ou y avoir accès leur est difficile, car ils habitent dans des régions reculées.

Les patients oublient quand ils doivent se présenter pour un dépistage.

Les prestataires oublient de prescrire des examens de dépistage, car ils sont occupés ou distraits par les problèmes d'autres patients.

Manque de connaissances des patients. Les gens évitent peut-être de passer des tests préventifs, car ils les trouvent désagréables ou inconfortables, ou parce qu'ils ont une idée erronée des risques qu'ils posent (p.ex., vaccins antignipaux).

Idées d'amélioration

Améliorer l'accès aux soins primaires (voir la section 2.2).

Mettre en place des unités de dépistage dans les régions difficiles à atteindre. Certains centres comptent des unités mobiles de soins qui dispensent des soins primaires aux populations éloignées³³. Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein³⁴ a une caravane sanitaire mobile qui dessert les petites collectivités du Nord de l'Ontario³⁵.

Possibilité de se faire vacciner en dehors des cabinets de soins primaires, dans des cliniques de santé publique ou des cliniques de vaccination par exemple et accorder la priorité aux patients à haut risque.

Registres provinciaux permettant de rappeler aux patients des examens de dépistage. En rappelant aux patients leurs examens de dépistage réguliers, on les implique dans leurs soins de prévention. À l'heure actuelle en Ontario, le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein³⁶ et le programme ContrôleCancerColorectal³⁷ envoient des rappels aux patients qui doivent se présenter pour un dépistage. Ces programmes devraient être maintenus et élargis pour englober d'autres groupes à risque et types de cancer.

Utiliser les dossiers médicaux électroniques pour générer des rappels cliniques (quand un patient doit se présenter pour un test de dépistage).

Rétroaction auprès des cabinets de soins primaires pour leur indiquer où ils se situent quant à l'utilisation du dépistage préventif.

Des campagnes de sensibilisation du public peuvent être efficaces pour encourager les gens à passer tôt des tests de dépistage³⁸.

Que fait-on en Ontario?

- En 2007, le MSSLD a lancé, en collaboration avec Action Cancer Ontario (CCO), ContrôleCancerColorectal, un programme provincial de dépistage visant à faire baisser le nombre des décès par cancer du côlon³⁹. Le programme donne accès à un dépistage du cancer colorectal grâce au test de recherche de sang occulte dans les selles, facilite la présentation de rapports sur les colonoscopies grâce à l'Outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies⁴⁰ et a recours à divers moyens, dont cartes électroniques et campagnes à la télévision, pour sensibiliser davantage la population à cette maladie⁴¹.
- Depuis octobre 2007, le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) est offert aux filles de 8^e année dans le cadre du programme volontaire d'immunisation dans les écoles. On a constaté que le VPH provoquait le cancer du col de l'utérus⁴².

10.5

Décès et préjudices évitables grâce à la prévention

La prévention offre mille possibilités pour éviter décès et préjudices : élimination des modes de vie malsains, dépistage précoce des cancers et des troubles mentaux et activités de prévention des blessures. En tirant parti de ces possibilités, la population sera non seulement en meilleure santé, mais les dépenses de santé diminueront aussi.

Ce que nous souhaitons	Conséquences en cas d'échec	Qui cela concerne?	
Réduire au minimum les maladies (p. ex., cancer du poumon et crises cardiaques) associées à de mauvaises habitudes de vie, comme le tabagisme.	Augmentation du nombre d'invalidités et de décès, des absences au travail, des hospitalisations et des coûts de la santé.	Toute la population ontarienne (13 millions d'habitants)	
Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Incidence du cancer du poumon pour 100 000 personnes	52*		Depuis dix ans, l'incidence du cancer du poumon a baissé. Nos résultats sont meilleurs que ceux du R.-U. (64) et des É.-U. (60)*.
Taux de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes	21*		Depuis 1986, le taux de mortalité par cancer du sein en Ontario baisse. Un déclin statistiquement important depuis 1998, soit 2 % par an, marque la tendance la plus récente.
Incidence des IAM par tranche de 100 000 personnes âgées de 20 ans et plus	203**		Depuis six ans, l'incidence des crises cardiaques baisse.
Taux de suicides pour 100 000 habitants au Canada	12***		De 2001 à 2005, le taux de suicides au Canada n'a pas changé. Le suivi des suicides est médiocre. Nous n'avons pas pu avoir accès à des données récentes pour l'Ontario et pensons avec inquiétude que les suicides ne sont pas tous déclarés.
Taux de visites aux SU pour blessures auto-infligées par tranche de 100 000 personnes âgées de 12 ans et plus	89†		Depuis cinq ans, le taux de visites aux SU pour des automutilations a baissé, mais il reste encore des progrès à accomplir à cet égard.
— Taux de visites aux SU pour blessures par tranche de 100 000 personnes	8,440†		Depuis cinq ans, le taux de visites aux SU ou d'hospitalisations pour une blessure a légèrement baissé. Il reste encore des progrès à accomplir à cet égard.
— Taux d'hospitalisations pour blessures par tranche de 100 000 personnes	354		

Sources : *Action Cancer Ontario, 2006. **BDCP, Base de données sur les personnes inscrites (BDR), Exerc. fin. 2008-2009, calculé par l'RSS. ***Statistique Canada, CANSIM, tableau 102-0551 et Catalogue no 84F0209X, 2005. †Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNIS), RPDB, exerc. fin. 2008-2009, calculé par l'RSS.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRE

Pour les stratégies de prévention des décès ou des blessures liés à des comportements nuisibles pour la santé (p.ex., cancer du poumon, IAM), voir la section 10.1. Pour les stratégies de prévention des décès ou des blessures liés à un dépistage précoce (p.ex., cancer du sein), voir la section 10.4.

Raisons fondamentales des problèmes de qualité

Problème : Suicide ou automutilation

Il se peut que les gens aient des problèmes personnels ou sociaux, dont dépression, toxicomanie, récente perte, maltraitance ou stress lié au chômage, à la pauvreté ou à un logement précaire.

Signes d'alerte qui passent inaperçus. Il se peut que la famille, les amis, les collègues et les prestataires de soins de santé ne remarquent pas des signes avant-coureurs de suicide.

« Epidémies » D'autres peuvent imiter un suicide.

Problème : Blessures

Blessures liées aux sports

Chutes chez les personnes âgées

Accidents du travail

Accidents de la route

Agressions

Empoisonnements accidentels

Idées d'amélioration

Accès à des programmes de traitement. Il faut que la population ait librement accès à des programmes de traitement pour une dépression sous-jacente, d'autres troubles mentaux, une toxicomanie (psychothérapie, counseling, thérapie de groupe, groupes d'entraide) ou en cas de maltraitance. Ces programmes devraient s'inscrire dans le cadre d'activités communautaires, le bénévolat ou de lignes de prévention du suicide. Les médecins peuvent envisager de prescrire des antidépresseurs ou d'autres médicaments, s'il y a lieu.

Se pencher sur les facteurs déterminants sous-jacents de la santé. Les gens ont peut-être besoin d'aide en matière d'emploi, de logement ou au plan social.

Outils de dépistage dans les populations à haut risque. Par exemple, des programmes, comme les programmes de formation en prévention dans le milieu scolaire pour aider le personnel scolaire à repérer les élèves à risque³².

Campagnes de sensibilisation du public. Elles devraient cibler des groupes particuliers pour réduire les stigmates, faire connaître les lignes de prévention du suicide, encourager les gens à chercher de l'aide, apprendre aux parents à détecter des signes avant-coureurs.

Intervention de la communauté après un suicide. Santé Canada fait état des mesures communautaires pouvant être prises dans les collectivités des Premières nations où les épidémies de suicide ont tendance à être plus fréquentes chez les jeunes que dans les populations non autochtones³³. Voir Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations. http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_suicide/prev_youth-jeunes/index-fra.php

Éviter de sensationaliser les suicides dans les médias pour éviter une épidémie³⁴.

Programmes de prévention des blessures liées aux sports.

Promotion de l'utilisation correcte du matériel de sécurité comme casques, et application des pénalités en cas de manœuvres dangereuses.

Pour réduire les risques de chutes dans les foyers de soins de longue durée, voir la section 4.5 et, pour la réduction des risques de chutes dans la collectivité et dans le cadre de soins à domicile, voir la section 4.6.

Pour des idées de changement pour avoir des milieux de travail sains, voir la section 8.3.

Campagnes de sensibilisation du public à l'importance de la prudence au volant. Cibler la boisson au volant, l'utilisation de téléphones cellulaires en conduisant et l'utilisation à bon escient des sièges de voiture pour les nourrissons et les enfants. De plus, chercher à sensibiliser davantage le public à la question de la sécurité des piétons quand ils traversent la rue. L'application des lois sur la sécurité routière et des tracés de routes plus sûrs pourrait également réduire les accidents de la route.

Programmes de prévention de la violence familiale; campagne de sensibilisation du public sur la prévention de l'agression (favoriser conscience de ce qui se passe aux alentours), programme de formation sur la sécurité pour les professions et métiers à risque (p. ex., chauffeurs de taxi, livreurs).

Promotion de la sécurité des enfants aux services de soins primaires et lors de la vaccination des nourris

11 Analyse des RLISS

Nous présentons ici en fonction d'un certain nombre d'indicateurs choisis des données sur les écarts existant entre un RLISS et la moyenne provinciale, dans la mesure où des données étaient disponibles. Dans la première série de tableau, nous présentons des données pour chaque RLISS, en indiquant lorsque la performance est supérieure ou inférieure à la moyenne. Dans le tableau qui se trouve à la fin de ce chapitre, nous présentons des résultats plus détaillés pour chaque indicateur et chaque RLISS. La couleur verte indique que le RLISS affiche des résultats bien supérieurs à la moyenne provinciale, tandis que la couleur rouge signifie que le RLISS enregistre des résultats inférieurs à la moyenne.

Les écarts étaient considérés importants s'ils étaient à la fois statistiquement et cliniquement importants*. Nous avons utilisé les lignes directrices suivantes pour définir les écarts statistiquement importants.

Type d'indicateur	Ligne directrice relative à un écart significatif d'un point de vue clinique entre un RLISS et la moyenne provinciale
Temps d'attente	Écart relatif de 25 %
Taux de résultats négatifs graves	Écart relatif de 25 %
Pourcentage d'adoption d'une pratique exemplaire (mesure du processus, avec un objectif souvent de 100 %)	Écart absolu de 5 %
Variable en ce qui concerne l'expérience des patients (p.ex., pourcentage de patients satisfaits par x)	Écart absolu de 5 %

Signification des abréviations utilisées dans ce chapitre :

ANS = Autres niveaux de soins (dans ce cas, un lit d'hôpital occupé par un patient qu'il vaudrait mieux transférer dans un établissement, comme un foyer de soins de longue durée)

IAM = Infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque)

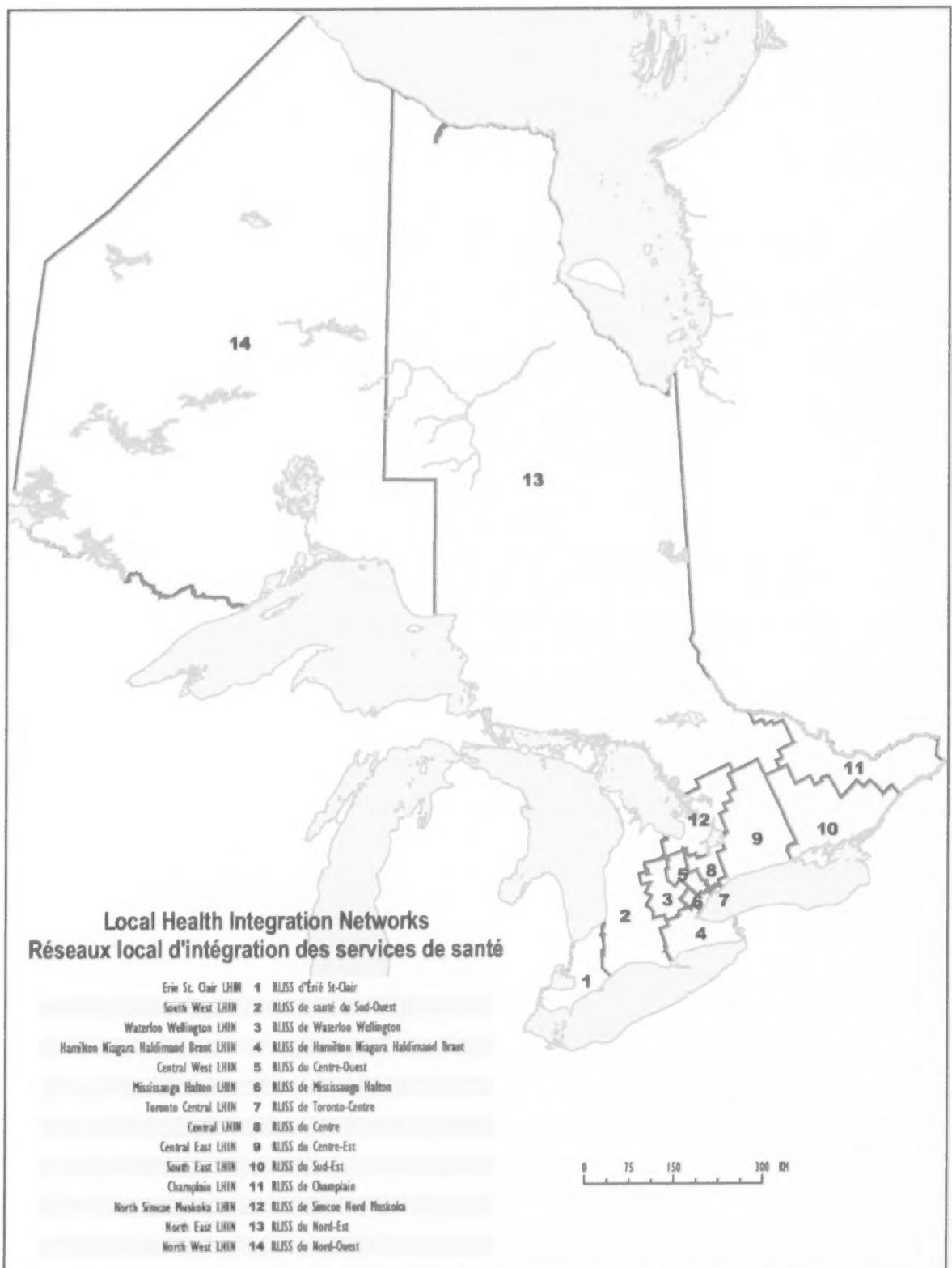
ICC = Insuffisance cardiaque congestive

MPCO = Maladie pulmonaire chronique obstructive (p.ex., emphysème, bronchite chronique)

RLISS = Réseau local d'intégration des services de santé

SU = Services des urgences

* Dans le cas de certains indicateurs, lorsque les données ont été obtenues auprès d'autres parties, les intervalles de confiance n'étaient pas disponibles. Toutefois, on en a presumé la signification statistique en estimant la taille de l'échantillon et en émettant des hypothèses quant à la distribution de probabilité de la variable. Pour plus de détails, voir l'annexe technique du présent document à www.ongc.ca.



11 Analyse des RLISS

RLISS D'ERIÉ-ST. CLAIR

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente plus courts et taux de satisfaction supérieur des patients aux SU Temps d'attente plus courts pour être placé dans un établissement de soins de longue durée après une hospitalisation et pourcentage plus faible de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. Taux plus élevés de mammographies.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Le pourcentage d'adultes sans médecin de famille et le temps d'attente pour en voir un sont comparables à la moyenne provinciale, bien que le nombre de médecins de famille et de spécialistes soit inférieur à la moyenne. Soins hospitaliers (utilisation des bons médicaments pour un IAM après la sortie de l'hôpital, réadmissions pour une BPCO et une ICC, mortalité par IAM et AVC). Temps d'attente pour une opération chirurgicale (cancer, chirurgie générale, cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou). Gestion des maladies chroniques – diabète. Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). Patients qui ont à leur sortie de l'hôpital les renseignements dont ils ont besoin. Habitudes de vie les plus saines : tabagie, sédentarité. Dépistage de prévention : test Pap et test de recherche de sang occulte dans les selles. Taux d'automutilations et hospitalisations pour des blessures. Incidence : IAM (taux de crises cardiaques).
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> Taux élevé d'obésité, d'alcoolisme et de consommation insuffisante de fruits et de légumes. Taux de satisfaction inférieur des patients à l'hôpital (en particulier pour obtenir des réponses ou des explications claires). Soins à l'hôpital : moins de prescriptions des bons médicaments pour une ICC à la sortie de l'hôpital. Gestion des maladies chroniques : taux élevé d'hospitalisations pour des problèmes pour lesquels il aurait fallu assurer un suivi ambulatoire (une hospitalisation aurait pu être évitée avec de meilleurs soins primaires). Faible taux de dépistage de l'ostéoporose.

RLISS DU SUD-OUEST

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente plus courts et taux de satisfaction supérieur des patients aux SU. Temps d'attente plus courts pour être placé dans un établissement de soins de longue durée pour les patients habitant dans la collectivité. Le pourcentage de personnes qui sont placées dans le foyer de soins de longue durée de leur premier choix est similaire à la moyenne provinciale. Hôpital – taux de satisfaction supérieur des patients et davantage de patients ayant les renseignements dont ils ont besoin à leur sortie de l'hôpital. Temps d'attente pour une tomographie par ordinateur.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Accès à un médecin de famille (pourcentage d'adultes sans médecin de famille et temps d'attente pour voir le médecin de famille). Pourcentage de jours-lit à l'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. Soins hospitaliers : utilisation des médicaments voulus, réadmissions pour IAM, ICC et MPCO, mortalité par IAM et AVC. Gestion des maladies chroniques : diabète (complications, visites chez l'ophtalmologiste et utilisation des médicaments) et admissions pour des problèmes pour lesquels il aurait fallu assurer un suivi ambulatoire. Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). Temps d'attente pour la plupart des opérations chirurgicales (chirurgie générale, cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou) et des examens par IRM. Habitudes de vie les plus saines (tabagie, sédentarité, obésité, consommation de fruits et de légumes). Taux d'automutilations. Les dépistages préventifs les plus courants (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles). Taux de crises cardiaques.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> Taux élevés d'hospitalisations pour des blessures. Faibles taux de dépistage de l'ostéoporose. Temps d'attente pour les chirurgies oncologiques. Pourcentage élevé de la population signalant une consommation abusive d'alcool.

Remarque : Le RLISS du Sud-Ouest utilise aussi beaucoup les services cliniques de télémédecine.

RLISS DE WATERLOO-WELLINGTON

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente plus courts pour une arthroplastie de la hanche et du genou, une tomographie par ordinateur. • Pour les patients ICC hospitalisés, meilleur traitement médical et moins de readmissions.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente aux SU – situation double; temps d'attente plus longs pour voir un médecin, mais temps d'attente plus courts pour les patients hospitalisés en attente d'un lit. • Accès aux soins primaires (pourcentage d'adultes sans médecin de famille et temps d'attente pour voir le médecin de famille). Le nombre de médecins de famille et d'infirmières et infirmiers praticiens se situe dans la moyenne, mais celui des spécialistes est inférieur à la moyenne. • Temps d'attente pour la plupart des opérations chirurgicales (cancer, chirurgie générale, cataracte) et les examens par IRM. • Soins hospitaliers : utilisation des médicaments voulus pour un IAM, readmissions pour un IAM et une BPCO, mortalité par un IAM et par un AVC. • Hôpital – taux de satisfaction des patients et pourcentage de patients ayant les renseignements dont ils ont besoin à leur sortie de l'hôpital. • Gestion des maladies chroniques (diabète, admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire). • Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). • Habitudes de vie saines (tabagie, alcoolisme, sédentarité, obésité, consommation de fruits et de légumes). • Dépistages préventifs (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles et dépistage de l'ostéoporose). • Taux d'hospitalisation pour des blessures. • Taux de crises cardiaques.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente plus longs pour un lit de soins de longue durée, en particulier pour les patients habitant dans la collectivité. Toutefois, le pourcentage de personnes qui sont placées dans le foyer de soins de longue durée de leur premier choix est similaire à la moyenne provinciale. • Pourcentage plus élevé de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. • Taux plus élevés d'automutilations.

RLISS DE HAMILTON-NIAGARA-HALDIMAND-BRANT

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins primaires – Pourcentage plus faible d'adultes sans médecin de famille. Toutefois, les temps d'attente pour voir le médecin de famille sont comparables à la moyenne.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente pour une opération chirurgicale (cancer, chirurgie générale, cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou). • Soins hospitaliers : utilisation des médicaments voulus, readmissions pour IAM, ICC et MPCO; mortalité par IAM et AVC. • Hôpital – taux de satisfaction des patients et pourcentage de patients ayant les renseignements dont ils ont besoin à leur sortie de l'hôpital. • Taux de satisfaction des patients aux SU. • Gestion des maladies chroniques (diabète, admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire). • Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). • Habitudes de vie saines (tabagie, alcoolisme, sédentarité, obésité, consommation de fruits et de légumes). • Dépistages préventifs (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles, ostéoporose). • Taux de blessures et d'automutilations. • Taux de crises cardiaques.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente aux SU. • Temps d'attente pour être placé dans un établissement de soins de longue durée, en particulier pour les patients hospitalisés. Toutefois, le pourcentage qui obtient l'établissement de son premier choix est supérieur à la moyenne. • Pourcentage de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. • Attentes pour une tomographie par ordinateur et un examen par IRM.

11 Analyse des RLISS

RLISS DU CENTRE-OUEST

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> Prescription de statines aux patients hospitalisés pour un IAM (91 %)
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente les plus courts en Ontario pour être placé dans un établissement de soins de longue durée. Toutefois, taux inférieur de personnes placées dans le foyer de soins de longue durée de leur premier choix. Pourcentage inférieur de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. Temps d'attente plus courts pour une tomographie par ordinateur et un examen par IRM. Soins hospitaliers : meilleures pratiques de prescription des médicaments pour un IAM; mortalité plus faible à la suite d'un AVC. Taux plus faibles d'automutilations.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Accès aux soins primaires (pourcentage d'adultes sans médecin de famille et temps d'attente pour voir le médecin de famille). Temps d'attente pour une opération chirurgicale (cancer, chirurgie générale, cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou). Soins hospitaliers : pratiques de prescription des médicaments et réadmission pour une ICC; mortalité par IAM; réadmissions pour une BPCO. Gestion des maladies chroniques (diabète, admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire). Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). Certaines habitudes de vie saines (tabagie, obésité, consommation de fruits et de légumes). Dépistages préventifs (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles, ostéoporose). Taux d'hospitalisations pour des blessures. Taux de crises cardiaques.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> Soins hospitaliers : réadmissions pour un IAM. Longs temps d'attente aux SU et taux de satisfaction plus faible des patients aux SU. Hôpital – taux de satisfaction plus faible des patients et plus de patients quittant l'hôpital sans tous les renseignements dont ils ont besoin. Proportion plus élevée de la population signalant une consommation abusive d'alcool et une vie sédentaire.

RLISS DE MISSISSAUGA-HALTON

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Taux plus faible de réadmissions pour un IAM. Gestion des maladies chroniques – moins d'admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire. Taux plus élevés de dépistage de l'ostéoporose. Taux plus faibles d'automutilations.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Accès aux soins primaires - Pourcentage d'adultes sans médecin de famille; toutefois, les temps d'attente pour voir le médecin de famille sont supérieurs à la moyenne. Temps d'attente pour une opération chirurgicale (cancer, chirurgie générale, cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou) et tomographie par ordinateur. Temps d'attente pour être placé dans un établissement de soins de longue durée. Toutefois, taux inférieur de personnes placées dans le foyer de soins de longue durée de leur premier choix . Pourcentage de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. Soins hospitaliers : pratiques de prescription des médicaments; mortalité par un AVC et un IAM; readmissions pour une ICC, une BPCO. Gestion des maladies chroniques – mortalité dans l'année : diabète, ICC et IAM. Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). Habitudes de vie saines (tabagie, consommation abusive d'alcool, obésité, sédentarité, consommation de fruits et de légumes). Dépistages préventifs les plus courants (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles). Taux de blessures. Taux de crises cardiaques.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> Longue attente aux SU pour transférer les patients admis dans un lit et taux de satisfaction plus faible des patients. Hôpital – taux de satisfaction plus faible des patients et plus de patients n'ayant pas tous les renseignements dont ils ont besoin à leur sortie de l'hôpital. Temps d'attente pour les examens par IRM.

RLISS DE TORONTO-CENTRE

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente plus courts pour être placé dans un établissement de soins de longue durée. • Pourcentage plus faible de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. • Temps d'attente plus courts pour une arthroplastie du genou et un examen par IRM. • Hôpital – taux de satisfaction supérieur des patients et plus de patients ayant les renseignements dont ils ont besoin à leur sortie de l'hôpital. • Taux d'obésité plus faible.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins primaires (pourcentage d'adultes sans médecin de famille et temps d'attente pour voir le médecin de famille). • Temps d'attente pour une opération chirurgicale (cancer, chirurgie générale, cataracte, arthroplastie de la hanche). • Temps d'attente pour une tomographie par ordinateur. • Soins hospitaliers : pratiques de prescription des médicaments; mortalité après un AVC, IAM; réadmissions pour un IAM, ICC. • SU – taux de satisfaction des patients. • Gestion des maladies chroniques (diabète, admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire). • Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). • Habitudes de vie saines (tabagie, consommation abusive d'alcool, sédentarité, consommation de fruits et de légumes). • Les dépistages préventifs les plus courants (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles, ostéoporose). • Taux d'automutilations et d'hospitalisation pour des blessures. • Taux de crises cardiaques.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente plus longs aux SU. • Taux supérieur de réadmissions pour une BPCO. • Incidence la plus forte de VIH en Ontario.

RLISS DU CENTRE

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins primaires - Pourcentage plus faible d'adultes sans médecin de famille; toutefois, le temps d'attente pour voir le médecin de famille est comparable à la moyenne provinciale. • Temps d'attente – arthroplastie du genou. • Prescription de médicaments pour les patients hospitalisés pour un IAM. • Réadmissions pour une BPCO. • Tabagie et obésité. • Dépistage de l'ostéoporose. • Taux d'automutilations et des hospitalisations pour des blessures. • Taux de crises cardiaques. • Gestion des maladies chroniques (taux plus faible d'admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire).
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente aux SU. • Temps d'attente pour la plupart des opérations chirurgicales (cancer, chirurgie générale, cataracte, arthroplastie de la hanche) et les tomographies par ordinateur. • Temps d'attente pour être placé dans un établissement de soins de longue durée et pourcentage de personnes obtenant le foyer de soins de longue durée de leur premier choix. • Pourcentage de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. • Soins hospitaliers : pratiques de prescription des médicaments pour une ICC; mortalité pour un IAM et AVC; réadmissions pour un IAM, une ICC. • Hôpital – taux de satisfaction des patients et instructions complètes à leur sortie. • Gestion des maladies chroniques (diabète, mortalité après un an pour une ICC et un IAM). • Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). • Inactivité physique et consommation de fruits et de légumes. • Dépistages préventifs les plus courants (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles).
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente plus longs pour les examens par IRM. • SU – taux de satisfaction plus faible des patients. • Pourcentage élevé de la population signalant une consommation abusive d'alcool.

11 Analyse des RLISS

RLISS DU CENTRE-EST

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucuns
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins primaires (pourcentage d'adultes sans médecin de famille et temps d'attente pour voir le médecin de famille). • Temps d'attente pour une opération chirurgicale (cancer, chirurgie générale, cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou), tomographie par ordinateur et examens par IRM. • Temps d'attente pour être placé dans un établissement de soins de longue durée et pourcentage de personnes placées dans l'établissement de leur premier choix. • Pourcentage de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. • Soins hospitaliers : pratiques de prescription des médicaments pour un IAM, ICC, réadmissions pour IAM, ICC et MPCO; mortalité pour un IAM, un AVC. • Gestion des maladies chroniques (diabète, admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire). • Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). • Hôpital – taux de satisfaction des patients et instructions complètes à leur sortie. • Habitudes de vie saines (tabagie, obésité, sédentarité, consommation de fruits et de légumes). • Dépistages préventifs (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles, ostéoporose). • Taux d'automutilations et d'hospitalisation pour des blessures. • Taux de crises cardiaques.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente plus longs aux SU et taux de satisfaction des patients aux SU plus faible. • Pourcentage plus élevé signalant une consommation abusive d'alcool.

RLISS DU SUD-EST

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente plus courts aux SU. • Davantage de personnes physiquement actives.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'adultes sans médecin de famille. • Temps d'attente pour une opération chirurgicale (cancer, chirurgie générale, cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou), une tomographie par ordinateur et un examen par IRM. • Pourcentage de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. • Soins hospitaliers : pratiques de prescription des médicaments pour un IAM, une ICC, réadmissions pour IAM, ICC et MPCO; mortalité pour un IAM, un AVC. • Hôpital – taux de satisfaction des patients et instructions complètes à leur sortie • SU – taux de satisfaction des patients. • Gestion des maladies chroniques (diabète, admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire). • Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). • Forte consommation d'alcool et consommation de fruits et de légumes. • Dépistages préventifs les plus courants (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles). • Taux de blessures. • Taux de crises cardiaques.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente plus longs pour voir le médecin de famille. • Temps d'attente plus long pour être placé dans un établissement de soins de longue durée après une hospitalisation. Toutefois, le pourcentage de personnes placées dans le foyer de soins de longue durée de leur premier choix se situe dans la moyenne provinciale. • Taux plus élevés de tabagie et d'obésité dans la population. • Taux plus faibles de dépistage de l'ostéoporose. • Taux plus élevés d'automutilations.

RLISS DE CHAMPLAIN

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> SU – taux de satisfaction des patients plus élevé. Meilleurs médicaments prescrits aux patients hospitalisés pour un IAM. Davantage de personnes physiquement actives. Taux plus élevés de tests de recherche de sang occulte dans les selles.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente aux SU. Accès aux soins primaires (pourcentage d'adultes sans médecin de famille et temps d'attente pour voir le médecin de famille). Le nombre de médecins de famille et de spécialistes est supérieur à la moyenne. Temps d'attente pour certaines opérations chirurgicales (cancer, chirurgie générale, cataracte) et examens par IRM. Pourcentage de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. Soins hospitaliers : pratiques de prescription des médicaments pour les ICC; réadmissions pour IAM, ICC et MPCO; mortalité par IAM et AVC. Gestion des maladies chroniques (diabète, admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire). Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes). Hôpital – taux de satisfaction des patients et instructions complètes à leur sortie. Habitudes de vie saines (tabagie, consommation abusive d'alcool, obésité, consommation de fruits et de légumes). Dépistages préventifs les plus courants (mammographie, test Pap, ostéoporose). Taux d'automutilations et d'hospitalisations pour des blessures. Taux de crises cardiaques.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente le plus long dans la province pour être placé dans un établissement de soins de longue durée (deux fois plus longtemps que la moyenne provinciale). Le temps d'attente pour les personnes habitant dans la collectivité est particulièrement long. Le pourcentage de personnes placées dans le foyer de soins de longue durée de leur premier choix se situe dans la moyenne. Temps d'attente plus longs pour une arthroplastie de la hanche ou du genou et pour une tomographie par ordinateur. Incidence plus élevée de VIH.

RLISS DE SIMCOE-NORD MUSKOKA

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente plus courts pour une tomographie par ordinateur.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente aux SU; la durée du séjour d'un patient typique est plus courte que la moyenne provinciale, mais les patients attendent plus longtemps avant d'être admis. SU – taux de satisfaction des patients. Pourcentage de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. Temps d'attente pour une opération chirurgicale (cancer, chirurgie générale, cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou), les examens par IRM. Soins hospitaliers : pratiques de prescription des médicaments pour une ICC, un IAM; réadmissions pour IAM, ICC et MPCO; mortalité par IAM et AVC. Hôpital – taux de satisfaction des patients et instructions complètes à leur sortie de l'hôpital Gestion des maladies chroniques (diabète, admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire; toutefois, la mortalité après un an à la suite d'un IAM est supérieure à la moyenne). Obésité, sédentarité. Dépistages préventifs les plus courants (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles, ostéoporose). Taux d'automutilations. Taux de crises cardiaques. Accès aux soins primaires (pourcentage d'adultes sans médecin de famille et temps d'attente pour voir le médecin de famille). Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées).
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente plus long pour être placé dans un établissement de soins de longue durée, en particulier pour les patients hospitalisés. Le pourcentage de personnes placées dans le foyer de soins de longue durée de leur premier choix se situe dans la moyenne provinciale. Davantage de visites aux SU de résidents de foyers de soins de longue durée, visites qui auraient pu être évitées. Sécurité dans les foyers de soins de longue durée : davantage de chutes obligeant un transport aux SU. Habitudes de vie saines : Taux plus élevés de tabagie, d'alcoolisme et d'une consommation inférieure de fruits et de légumes. Taux plus élevés d'hospitalisations pour des blessures.

11 Analyse des RLISS

RLISS DU NORD-EST

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente aux SU. Taux plus élevés d'activité physique. Temps d'attente pour une tomographie par ordinateur.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente pour certaines opérations chirurgicales (cancer, chirurgie générale, cataracte) et les examens par IRM. Temps d'attente pour avoir un rendez-vous avec un médecin de famille. Hôpital – taux de satisfaction des patients et instructions complètes à leur sortie de l'hôpital. SU – taux de satisfaction des patients. Dépistages préventifs les plus courants (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles). Sécurité dans les foyers de soins de longue durée – chutes. Soins hospitaliers : pratiques de prescription des médicaments et réadmissions pour une ICC; réadmissions pour une BPCO; mortalité à la suite d'un AVC. Consommation de fruits et de légumes.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage le plus élevé dans la province de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. Temps d'attente le plus long dans la province pour être placé dans un établissement de soins de longue durée pour les patients hospitalisés. Toutefois, plus de patients obtiennent le foyer de soins de longue durée de leur premier choix. Pourcentage le plus élevé de patients admis dans un établissement de soins de longue durée qui n'auraient peut-être pas besoin de s'y trouver. Sécurité dans les foyers de soins de longue durée – utilisation plus importante de médicaments inscrits sur la liste de liste de Beers. Pourcentage plus élevé d'adultes sans médecin de famille. Le nombre de médecins de famille est légèrement supérieur à la moyenne et celui des infirmières et infirmiers praticiens est très supérieur à la moyenne, mais celui des spécialistes y est très inférieur. Selon d'autres recherches, il semble que de nombreux médecins des régions rurales et éloignées effectuent des actes médicaux normalement réservés aux spécialistes, ce qui expliquerait qu'il soit encore difficile de consulter un médecin de famille. Temps d'attente plus longs pour une arthroplastie de la hanche et du genou. Gestion des maladies chroniques : Taux plus élevés de complications du diabète, plus d'admissions pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire (l'hospitalisation aurait pu être évitée si de meilleurs soins primaires avaient été dispensés). Soins hospitaliers : la pire gestion des crises cardiaques (moins de prescriptions des bons médicaments; mortalité plus élevée; taux de readmission plus élevé). Taux plus élevés de tabagie, de consommation abusive d'alcool, obésité, et faible consommation de fruits et de légumes. Taux plus faible de dépistage de l'ostéoporose. Taux plus élevé d'automutilations et d'hospitalisations pour des blessures. Taux plus élevés de crises cardiaques.

Remarque : Le RLISS du Nord-Est utilise aussi beaucoup les services cliniques de télémédecine.

RLISS DU NORD-OUEST

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	<ul style="list-style-type: none"> Aucuns
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente plus court aux SU. Temps d'attente plus courts pour une tomographie par ordinateur et un examen par IRM. Taux le plus haut d'examens des yeux dans la province (peut-être à cause du module mobile de soins ophtalmologiques qui se rend dans des communautés éloignées). Taux plus élevés d'activité physique.
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de jours-lit d'hôpital pour des patients qui ont besoin d'autres niveaux de soins. Temps d'attente pour la plupart des opérations chirurgicales (cancer, cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou). Soins hospitaliers – (prescription des médicaments pour un IAM, réadmissions, les décès des suites d'une crise cardiaque et d'un AVC se situent dans la moyenne; toutefois, la prescription des médicaments pour une ICC est inférieure à la moyenne) Sécurité dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les personnes âgées, chutes) Dépistages préventifs les plus courants (mammographie, test Pap, test de recherche de sang occulte dans les selles). SU – taux de satisfaction des patients.
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire encore beaucoup mieux	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente les plus longs dans la province (410 jours, plus d'un an) pour les personnes habitant dans la collectivité. Le temps d'attente pour être placé dans un établissement de soins de longue durée après une hospitalisation se rapproche de la moyenne provinciale, et le pourcentage de personnes placées dans le foyer de soins de longue durée de leur premier choix se situe dans la moyenne. Accès aux soins primaires : pourcentage plus élevé d'adultes sans médecin de famille et temps d'attente plus longs pour avoir un rendez-vous avec le médecin de famille. Le nombre de médecins de famille est légèrement supérieur à la moyenne et celui des infirmières et infirmiers praticiens est nettement supérieur à la moyenne, mais celui des spécialistes en est nettement inférieur. Selon d'autres recherches, il semble que de nombreux médecins des régions rurales et éloignées effectuent des actes médicaux normalement réservés aux spécialistes, ce qui expliquerait qu'il soit encore difficile de consulter un médecin de famille. Gestion des maladies chroniques : taux plus élevés de complications du diabète et taux. Taux plus élevés d'hospitalisations pour des problèmes pour lesquels il faudrait assurer un suivi ambulatoire (l'hospitalisation aurait pu être évitée si de meilleurs soins primaires avaient été dispensés). Hôpital : taux de satisfaction plus faible des patients, en particulier pour obtenir des réponses ou des explications claires. Temps d'attente plus longs pour une chirurgie générale. Davantage de radiographies des poumons inutiles avant une chirurgie de la cataracte. Davantage de visites aux SU de résidents de foyers de soins de longue durée qui auraient pu être évitées. Taux plus élevés de tabagie, de consommation abusive d'alcool, d'obésité et faible consommation de fruits et de légumes. Taux plus élevés d'automutilations et d'hospitalisations pour des blessures. Taux plus élevés de crises cardiaques. Taux inférieur de dépistage de l'ostéoporose.

Remarque: Le RLISS du Nord-Ouest utilise aussi beaucoup les services cliniques de télémédecine.

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Régions										
		Centre-Ouest	Centre	Centre-Est	Sud-Est	Sud-Ouest	Centre-Est	Centre-Ouest	Mississauga	Halton	Nord-Est	Nord-Ouest
Un système accessible												
2.1 Temps d'attente aux services des urgences	Pourcentage de patients qui ont quitté les urgences sans avoir vu de médecin, 2008	↓	MÉUX	5,7 %	5,1 %	3,0 %	6,9 %	5,5 %	6,0 %	5,2 %	5,5 %	5,6 %
	Temps médian avant l'évaluation du médecin, selon le niveau de l'échelle canadienne de triage et de gravité, 2008-2009	↓	MÉUX	1,2	1,1	0,9	1,6	1,1	1,5	1,4	1,6	1,5
	Temps médian de l'admission au transfert dans la chambre, selon le niveau global de l'échelle canadienne de triage et de gravité, 2008-2009	↓	MÉUX	3,0	1,8	1,6	1,7	5,0	3,3	5,0	4,4	3,6
	Pourcentage de soins prodigés aux urgences dans les délais recommandés recommandés selon le niveau global de l'échelle canadienne de triage et de gravité, avril-juin 2009	↑	MÉUX	78 %	85 %	87 %	76 %	73 %	69 %	79 %	64 %	75 %
	Pourcentage d'adultes sans médecin attitré, 2008-2009	↓	MÉUX	6,8 %	8,5 %	8,6 %	5,6 %	3,4 %	4,6 %	6,8 %	9,3 %	3,9 %
	Pourcentage d'adultes qui ont pu voir leur médecin le jour même ou le jour suivant depuis la dernière fois qu'ils ont été malades ou eu besoin de soins, 2008-2009	↑	MÉUX	48 %	44 %	44 %	45 %	44 %	52 %	60 %	54 %	49 %
	Pourcentage de chirurgies du cancer réalisées dans les délais visés de priorité 4	↓	MÉUX	96 %	98 %	89 %	99 %	97 %	97 %	95 %	95 %	99 %
	Pourcentage de chirurgies générales réalisées dans les délais visés de priorité 4	↓	MÉUX	97 %	98 %	96 %	99 %	98 %	99 %	95 %	99 %	97 %
	Pourcentage de chirurgies de la cataracte réalisées dans les délais visés de priorité 4	↑	MÉUX	98 %	100 %	99 %	100 %	99 %	96 %	97 %	100 %	97 %
	Pourcentage d'arthroplasties de la hanche réalisées dans les délais visés de priorité 4	↑	MÉUX	93 %	95 %	95 %	100 %	93 %	92 %	95 %	97 %	98 %
	Pourcentage d'arthroplasties du genou réalisées dans les délais visés de priorité 4	↑	MÉUX	90 %	94 %	92 %	100 %	88 %	94 %	89 %	96 %	93 %
	Pourcentage de tomodensitogrammes réalisés dans les délais visés de priorité 4	↑	MÉUX	82 %	91 %	87 %	89 %	71 %	92 %	79 %	82 %	80 %
	Pourcentage d'exams par IRM réalisés dans les délais visés de priorité 4	↑	MÉUX	42 %	52 %	45 %	48 %	33 %	48 %	26 %	50 %	32 %
Un système accessible												
2.3 Accès aux spécialistes (télémedecine)	Taux d'utilisation du réseau télémédecine pour les consultations cliniques par tranche de 100 000 habitants, 2008-2009	↑	MÉUX	416	239	989	41	45	12	1,9	113	4,2

* Les données se sont basées divulguées pour cet indicateur pour le RIUSS du Sud-Est en raison de problèmes de qualité des données.

** Ces indicateurs diffèrent de ceux indiqués dans la section 2 car les données pour chaque niveau de priorité pour chaque type d'intervention n'étaient pas disponibles par RIUSS. Les totaux présentés ici représentent une moyenne de janvier à octobre 2009.

■ = Supérieur à la moyenne

□ = Plus ou moins égal à la moyenne

■ = Inférieur à la moyenne

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Centre-Ouest										Centre-Est										Centre										Champlain										Simekoka Nord										Nord-Ouest																																																	
		Centre-Ouest	Centre-Est	Centre	Centre-Ouest	Centre-Est	Centre	Centre-Ouest	Centre-Est	Centre																																																																																											
Un système accessible 2.4 Accès aux soins de longue durée	Nombre médian de jours que les gens doivent attendre globalement avant d'être admis dans un foyer de SLD, avril/juin 2009	MEUX	105	97	86	156	144	40	122	78	124	88	112	237	120	130	118	MEUX	53	26	44	42	79	25	47	56	56	57	84	47	71	104	45	MEUX	173	131	125	246	169	104	201	147	214	135	141	301	174	150	410																																																				
Un système efficace 3.1 Prescription des traitements adéquats dans les hôpitaux	Porcentage de résidents placés dans le foyer de SLD qu'ils ont choisi en premier, la première fois, avril/juin 2009	MEUX	39 %	40 %	39 %	35 %	45 %	30 %	33 %	38 %	38 %	33 %	38 %	37 %	39 %	37 %	37 %	MEUX	60 %	57 %	63 %	62 %	58 %	58 %	60 %	65 %	60 %	65 %	61 %	66 %	66 %	58 %	47 %	56 %	MEUX	51 %	43 %	47 %	60 %	51 %	55 %	50 %	53 %	54 %	52 %	49 %	53 %	49 %	46 %	46 %	43 %																																																		
Un système efficace 3.2 Gestion des maladies chroniques	Porcentage de personnes âgées victimes d'un AM qui dans les 90 jours qui ont suivi leur sortie de l'hôpital, ont acheté les trois médicaments présents en une fois (stathes, ICA/ARA et beta bloquants, 2008-2009)	MEUX	51 %	48 %	50 %	50 %	52 %	33 %	57 %	39 %	55 %	57 %	58 %	58 %	51 %	56 %	52 %	72 %	MEUX	51 %	51 %	48 %	50 %	52 %	33 %	57 %	39 %	55 %	57 %	58 %	58 %	58 %	51 %	56 %	52 %	MEUX	46 %	45 %	43 %	45 %	47 %	45 %	47 %	45 %	45 %	45 %	45 %	50 %	45 %	45 %	45 %	44 %	43 %																																																
Un système efficace 3.3 Readmissions	Porcentage de personnes atteintes du diabète depuis plus d'un an ayant subi de graves compli- cations (décès, crise cardiaque, AVC, chirurgie pour problème de circulation (dont amputation), défaillance renale) au cours d'une année donne- née, 2008-2009	MEUX	4,5	4,8	4,7	4,7	5,0	3,9	3,7	4,4	3,6	4,2	5,3	4,6	5,1	5,8	5,7	MEUX	36	39	39	36	35	34	32	35	35	36	42	40	39	36	35	35	MEUX	295	315	257	338	294	215	246	186	277	338	268	341	551	556	556	MEUX	11	13	9,1	6,0	11	12	11	13	13	12	8,7	10	7,7	12	13	13	MEUX	5,1	5,8	4,9	4,4	7,7	3,1	4,9	4,5	5,5	4,3	3,8	4,0	7,7	7,2	7,2	7,2	MEUX	7,7	8,9	7,3	8,0	8,6	7,2	7,4	10	5,8	6,7	7,6	7,4	8,2	7,5	7,5	7,5

* Pour cet indicateur les meilleurs résultats pour toute une admission pour un IAM sont les à ce qui suit : stades, Centre-Ouest (91 %), beta bloquants, Sud-Ouest (86 %) et ICA/ARA, Centre-Ouest (85 %)

** Supérieur à la moyenne

*** Inférieur à la moyenne

Indicateur	Dérection sud-ouest	Centre SC Côte	Sud-Ouest	Waterloo Wellington	Hamilton Niagara	Centre-Ouest	Centre	Sud-Est	Champain	Simco-Nord	Nord-Est	Nord-Ouest				
Pourcentage de visites aux urgences dans les grandes villes pour des problèmes qui auraient pu être traités ailleurs, 2008-2009	↓ MEUX	39 %	2,2 %	6,2 %	3,7 %	6,4 %	2,4 %	2,7 %	2,5 %	3,3 %	4,0 %	8,0 %	2,4 %	4,0 %	1,2 %	4,2 %
Nombre de visites aux SUs non urgentes et de résidents des soins de longue durée pour des problèmes mineurs par tranche de 100 résidents par an, 2008-2009	↓ MEUX	44	45	43	37	36	44	39	45	47	49	40	48	57	48	58
Taux ajusté de décès survenus dans les 30 jours par tranche de 100 patients admis en raison d'une crise cardiaque, 2007-2008	↓ MEUX	9,8	11	8,6	11	9,4	10	12	11	10	12	10	12	13	10	
Taux ajusté de décès survenus à l'hôpital dans les 30 jours par tranche de 100 patients admis en raison d'un AVC, 2006	↓ MEUX	18	18	19	20	18	13	18	17	17	18	21	17	18	19	14
Pourcentage de résidents âgés de 65 ans et plus qui ont pris un médicament qui ne devrait pas être administré aux personnes âgées (liste Beers), 2008-2009	↓ MEUX	17 %	18 %	19 %	15 %	18 %	16 %	14 %	14 %	16 %	18 %	13 %	19 %	23 %	18 %	
Taux de chutes enregistré chaque année chez les résidents âgés de 65 ans et plus, 2008-2009	↓ MEUX	14,0	13	12	12	12	16	13	14	15	16	13	15	18	15	17
Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis ou aux membres de votre famille? 2008-2009	↑ MEUX	57 %	62 %	68 %	56 %	55 %	34 %	45 %	56 %	43 %	49 %	60 %	64 %	54 %	55 %	54 %
Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis ou aux membres de votre famille? 2008-2009	↑ MEUX	74 %	65 %	73 %	74 %	71 %	55 %	67 %	83 %	73 %	70 %	68 %	74 %	70 %	66 %	69 %
Pensez-vous avoir été traité avec respect et dignité pendant que vous étiez à l'hôpital, 2008-2009	↑ MEUX	82 %	82 %	87 %	83 %	80 %	69 %	75 %	85 %	81 %	81 %	84 %	86 %	82 %	80 %	
Pourcentage de patients hospitalisés qui, en règle générale, ont attendu moins de cinq minutes avant d'obtenir l'aide dont ils avaient besoin, 2008-2009	↑ MEUX	73 %	76 %	84 %	79 %	70 %	61 %	53 %	76 %	74 %	72 %	77 %	71 %	79 %	74 %	75 %
Pensez-vous que le personnel a fait tout en son pouvoir pour maîtriser votre douleur?, 2008-2009	↑ MEUX	50 %	47 %	52 %	53 %	52 %	41 %	45 %	51 %	50 %	47 %	51 %	52 %	54 %	50 %	
Avez-vous obtenu tous les renseignements médicaux dont vous aviez besoin?, 2008-2009	↑ MEUX	51 %	48 %	55 %	53 %	49 %	43 %	42 %	55 %	50 %	48 %	52 %	53 %	57 %	55 %	44 %
Lorsque vous avez posé des questions importantes à une infirmière, vous a-t-elle répondu de manière compréhensible?, 2008-2009	↑ MEUX	59 %	71 %	75 %	73 %	67 %	57 %	60 %	70 %	67 %	69 %	72 %	74 %	73 %	74 %	61 %
Lorsque vous avez posé des questions importantes à un médecin, vous a-t-il répondu de manière compréhensible?, 2008-2009	↑ MEUX	73 %	68 %	75 %	70 %	65 %	72 %	77 %	73 %	73 %	75 %	75 %	80 %	74 %	66 %	
Vous êtes-vous expliquée les résultats des tests de manière compréhensible?, 2008-2009	↑ MEUX	69 %	63 %	70 %	70 %	69 %	66 %	64 %	73 %	69 %	66 %	68 %	70 %	72 %	72 %	60 %

- Supérieur à la moyenne
- Toutes les 5 valeurs relatives aux indicateurs associés au thème représenté

Attributs/ Thèmes	Indicateur	DIRECTION SOUTIENNEE										
		Centre-Ouest	Centre	Centre-Est	Nord-Est	Nord	Champplain	Muskoka	Nord-Ouest	Nord-Est	Nord-Ouest	
Un système efficace	Pourcentage de lits de soins actifs désignés ANS, 2008-2009	MEUR	16 %	11 %	13 %	20 %	24 %	11 %	13 %	11 %	13 %	15 %
7.2 Les bons services au bon endroit	Pourcentage de clients placés dans un foyer de SLD selon des scores MAP (Le élevé ou très élevé (c.-à-d. de manière appropriée), juillet-septembre 2009-2010	MEUR	76 %	73 %	77 %	81 %	79 %	77 %	78 %	73 %	77 %	78 %
Un système efficace	Taux de radiographies pulmonaires effectuées avant une chirurgie de la trachète par tranche de 100 chirurgies, 2008-2009	MEUR	4,1	3,2	3,1	3,0	3,1	3,3	4,0	5,7	5,7	4,5
7.3 Éviter les médicaments et les examens inutiles	Pourcentage de personnes âgées ayant de l'hypertension sans complication auxquelles on a prescrit des diurétiques comme traitement de premier recours, 2008-2009	MEUR	31 %	30 %	37 %	37 %	30 %	27 %	27 %	29 %	27 %	25 %
Un système adéquatement outillé	Nombre de médecins de famille par tranche de 100 000 habitants, 2008	MEUR	87	63	82	80	78	62	72	137	81	68
8.4 Ressources humaines en santé	Nombre de spécialistes par tranche de 100 000 habitants, 2008	MEUR	97	60	108	61	102	45	59	285	70	59
Un système intégré	Nombre d'infirmières et infirmiers praticiens par tranche de 100 000 habitants, 2009	MEUR	8,6	10	11	10	8,5	1,8	2,4	14	2,4	4,5
9.1 Sortie de l'hôpital/Transitions	Pourcentage de patients qui partent des urgences en détention tous les renseignements dont elles ont besoin, 2008-2009	MEUR	24 %	26 %	31 %	17 %	24 %	19 %	20 %	21 %	17 %	21 %
	Pourcentage de personnes qui connaissent les symptômes dangereux à surveiller après leur retour chez elles, 2008-2009	MEUR	49 %	47 %	53 %	46 %	54 %	36 %	47 %	49 %	46 %	44 %
	Pourcentage de personnes qui savaient qui aider pour obtenir de l'aide ou poser des questions après leur sortie de l'hôpital, 2008-2009	MEUR	60 %	65 %	71 %	59 %	62 %	44 %	48 %	56 %	50 %	56 %
	Pourcentage de personnes à qui on a expliqué comment prendre les nouveaux médicaments, 2008-2009	MEUR	19 %	21 %	21 %	19 %	21 %	19 %	16 %	18 %	15 %	15 %
	Pourcentage de personnes à qui on a expliqué les effets indésirables des médicaments à surveiller, 2008-2009	MEUR	37 %	43 %	43 %	29 %	42 %	37 %	36 %	34 %	33 %	34 %
	Pourcentage de personnes qui détenaient tous les renseignements dont elles avaient besoin après leur sortie de l'hôpital, 2008-2009	MEUR	26 %	25 %	24 %	28 %	23 %	24 %	18 %	31 %	29 %	23 %
	Pourcentage de personnes qui connaissaient tous les symptômes dangereux à surveiller après leur retour chez elles, 2008-2009	MEUR	59 %	57 %	59 %	62 %	57 %	51 %	50 %	65 %	57 %	55 %
	Pourcentage de personnes à qui on a expliqué le but des médicaments, 2008-2009	MEUR	71 %	71 %	72 %	74 %	69 %	65 %	69 %	78 %	73 %	70 %
	Pourcentage de personnes à qui on a expliqué les effets indésirables des médicaments à surveiller, 2008-2009	MEUR	41 %	38 %	36 %	40 %	36 %	35 %	32 %	50 %	42 %	35 %
	Pourcentage de personnes à qui on a expliqué quand elles doivent reprendre leurs activités normales, 2008-2009	MEUR	51 %	47 %	50 %	55 %	48 %	45 %	45 %	52 %	49 %	52 %
	Pourcentage de personnes qui savaient qui aider pour obtenir de l'aide ou poser des questions après leur sortie de l'hôpital, 2008-2009	MEUR	81 %	80 %	86 %	82 %	82 %	74 %	75 %	84 %	79 %	83 %

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Centre de la population sud-africaine									
		Centre	Centre-Est	Centre-Ouest	Champlain	Mississauga	Montreal	Nord-Est	Nord-Ouest	Stimco-Nord	Waterloo
Un système axé sur la santé de la population	Pourcentage de la population qui fume chaque jour, 2008	MELUX	16 %	16 %	17 %	17 %	12 %	11 %	15 %	22 %	15 %
10.1 Des habitudes de vie saines	Pourcentage de la population qui consomme trop d'alcool, 2008	MELUX	21 %	25 %	24 %	23 %	13 %	18 %	20 %	15 %	23 %
	Pourcentage de la population qui est obèse, 2008	MELUX	18 %	23 %	20 %	18 %	15 %	17 %	11 %	13 %	23 %
	Pourcentage de la population qui ne fait pas d'exercice, 2008	MELUX	50 %	54 %	48 %	52 %	47 %	61 %	53 %	50 %	55 %
	Pourcentage de la population qui ne consomme pas suffisamment de fruits et de légumes, 2008	MELUX	59 %	64 %	57 %	62 %	60 %	55 %	55 %	58 %	60 %
	Incidence du VIH par tranche de 100 000 habitants, 2007	MELUX	8,3	3,6	3,5	3,4	5,8	4,1	4,2	4,7	4,4
Un système axé sur la santé de la population	Pourcentage de femmes ontariennes âgées de 50 à 69 ans qui ont indiqué avoir eu une mammographie au cours des deux années qui ont précédé le sondage, 2008	MELUX	73 %	82 %	69 %	68 %	72 %	61 %	72 %	77 %	81 %
10.3 Santé sexuelle	Pourcentage de femmes ontariennes âgées de 20 à 69 ans qui ont indiqué avoir subi un test Pap au cours des trois années qui ont précédé le sondage, 2008	MELUX	80 %	83 %	78 %	80 %	81 %	79 %	74 %	82 %	80 %
	Pourcentage de personnes ontariennes âgées de 50 à 74 qui ont indiqué avoir fait un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années qui ont précédé le sondage, 2008	MELUX	31 %	36 %	32 %	34 %	29 %	35 %	24 %	25 %	30 %
	Pourcentage de femmes âgées de 65 ans qui se sont fait faire une densitométrie osseuse après avoir atteint l'âge de 55 ans, 2008-2009	MELUX	80 %	71 %	73 %	81 %	83 %	83 %	87 %	84 %	87 %
	Incidence d'infarctus aigus du myocarde (AMI) par tranche de 100 000 habitants, 2008-2009	MELUX	210	237	237	225	256	206	163	165	197
Un système axé sur la santé de la population	Taux de visites aux urgences pour blessures auto-infligées par tranche de 100 000 habitants, 2008-2009	MELUX	86	79	106	123	106	66	65	68	47
10.5 Décès et blessures évitables grâce à la prévention	Taux d'hospitalisations dues à des blessures par tranche de 100 000 habitants, 2008-2009	MELUX	354	466	382	408	281	307	256	317	314

= Supérieur à la moyenne = Inférieur à la moyenne



Exemple de réussite :

Temps d'attente aux urgences de l'Hôpital Credit Valley

Situation :

Le service des urgences (SU) de l'Hôpital Credit Valley est surchargé et les volumes et les temps d'attente ne cessent de s'accroître d'année en année. Lorsque les patients arrivent, ils sont classifiés ETG I, II, III, IV ou V, selon la gravité de leur état. En mars 2005, l'Hôpital Credit Valley a mis en place une zone d'évaluation rapide pour les patients ETG III, ce qui a permis de réduire la durée des attentes aux urgences. L'étape suivante consistait à régler le problème de l'augmentation des temps d'attente pour les patients ETG II.*

Objectif :

Réduire le temps passé aux SU par les patients ETG II avant juillet 2009, malgré une augmentation du volume des visites aux SU.

Mesures :

- Attente moyenne avant l'évaluation du médecin.
- Attente moyenne du triage à la sortie (sortie ou hospitalisation).
- Pourcentage de patients qui ont quitté le SU sans voir un médecin.
- Satisfaction des patients fondée sur les sondages (comment noteriez-vous les soins reçus aux SU?).

Changements :

- Création d'une zone désignée au sein des SU avec ses propres civières et sièges, appelée centre d'évaluation et de traitement, afin de fournir des soins sûrs, efficents et en temps voulu aux patients ETG II et à un groupe sélectionné de patients supplémentaires.
- Modification des rôles et des responsabilités en ajoutant les postes suivants :
 - infirmière autorisée en chef chargée de diriger le flux des patients au centre d'évaluation et de traitement;
 - technicien des SU chargé d'effectuer les tests de laboratoire et les électrocardiogrammes et de placer les lignes intraveineuses sous la supervision d'une infirmière autonome;
 - préposé chargé de traiter les prescriptions aux urgences;
 - quatre heures de porteur afin d'améliorer les délais d'exécution au service d'imagerie diagnostique et de réduire les attentes aux urgences.
- Désignation de personnel spécialisé (+ facilitateurs du flux) chargé de surveiller les temps d'attente aux SU et d'établir les priorités aux fins d'évaluation et de traitement.
- Achat de téléphones cellulaires afin de permettre au personnel de bureau de rester au centre d'évaluation et de traitement.
- Amélioration du système de suivi des SU afin de suivre le temps passé dans la salle des urgences par chaque patient.

Équipe AI :

Le chef clinique des SU a été désigné chef de projet. Les membres de l'équipe comprenaient un médecin urgentiste, une infirmière responsable, une infirmière de chevet et un adjoint à la coordination de l'unité.

Résultats :

Puisque les patients ayant des besoins similaires sont regroupés dans une zone, le personnel perd moins de temps à faire des allées et venues et peut se consacrer davantage aux patients. Par conséquent :

- Le pourcentage de patients ETG II qui sortent des urgences ou sont hospitalisés dans les huit heures est passé à 72 % en juillet 2009 comparativement à un pourcentage de base de 67 %, et se maintient au-delà de ce niveau depuis, malgré une hausse approximative de 15 % du volume de patients ETG II.
- Les patients sont plus positifs à l'égard de la qualité des soins reçus aux SU, les taux globaux de satisfaction étant passés de 65 % à 83 % en 18 mois.
- Le nombre de patients qui ont quitté les urgences sans être examinés a diminué pour s'établir en deçà du taux cible de 3 %.

Délai moyen de l'évaluation du médecin et du triage à la sortie



Pourcentage de patients qui ont quitté les SU sans avoir vu un médecin



Étapes suivantes :

L'équipe des SU continue de rechercher de nouveaux moyens d'améliorer la qualité. Elle s'applique maintenant à réduire les délais d'attente pour les consultations de spécialistes, à créer une documentation, à normaliser l'acheminement du travail pour tous les secteurs des SU, à faire participer le médecin au triage et à établir des plans de soins en vertu desquels le patient et les familles participent au processus de prise de décisions.

*Echelle canadienne de triage et de gravité (ETG) : Niveau I – Réanimation (cas les plus graves); Niveau II – Cas émergents; Niveau III – Urgence immédiate; Niveau IV – Urgence moyenne; Niveau V – Pas d'urgence (cas les moins graves).



Exemple de réussite :

Soins primaires prodigués par l'Équipe de santé familiale du district d'Athens

Situation :

L'Équipe de santé familiale du district d'Athens, qui relève du RLISS du Sud-Est, dessert 3 500 patients inscrits et 300 patients non inscrits. En novembre 2008, l'équipe enregistrait des temps d'attente de 27 jours, mesurés par les temps d'attente jusqu'au troisième rendez-vous disponible. En conséquence, l'infirmière autorisée devait effectuer un triage au téléphone afin d'inscrire les patients dans un carnet de rendez-vous déjà surchargé ou de prodiguer des conseils au téléphone. La longueur des temps d'attente signifiait en outre que les réceptionnistes du cabinet médical devaient faire face à d'incessants appels de la part de patients impatients.

Objectif :

Planifier les rendez-vous le jour même avant le 1^{er} avril 2009 (c.-à-d. zéro délai d'attente); accroître l'efficacité du bureau afin que les patients qui ont rendez-vous ne passent pas plus de 45 minutes au cabinet médical (60 % de ce délai étant passé auprès d'un membre de l'équipe soignante); et faire en sorte que les patients voient leur fournisseur de soins primaires attiré dans au moins 85 % des cas.

Mesures :

- Attente moyenne jusqu'au troisième rendez-vous disponible.
- Temps du cycle des visites au cabinet (temps total passé par le patient au cabinet de l'arrivée au départ).
- Temps passé par les patients auprès d'un soignant (temps à valeur ajoutée) en pourcentage du cycle de temps de visite.
- Pourcentage des visites où le patient voit son fournisseur de soins primaires.

Changements :

- Réunion hebdomadaire du personnel afin de discuter des objectifs, des mesures, des défis et des résultats et d'apporter des changements au moyen du processus Planification-Exécution-Étude-Action.
- Réduction des délais d'attente pour les rendez-vous en prévoyant 30 rendez-vous supplémentaires avec le médecin chaque semaine, afin que les patients puissent obtenir leur rendez-vous dans la semaine et de ne pas reporter les nouveaux rendez-vous après le 1^{er} avril 2009.
- Instauration d'une culture interne d'amélioration de la qualité et de respect du temps des patients, en insistant pour que les tâches quotidiennes soient exécutées chaque jour et en organisant le premier rendez-vous en début de journée (pour que les patients qui appellent le matin puissent consulter le jour même) et le rendez-vous de suivi plus tard dans la semaine (les gens ayant tendance à appeler en début de semaine).
- Aménagement d'un ensemble complet de fournitures dans toutes les salles de consultation.
- Investissement dans un dossier médical électronique (DME) afin de réduire la durée d'extraction des documents et des dossiers.
- Explication des changements aux patients au moyen de brochures et d'annonces dans un journal local.
- Mise en place de processus d'évaluation des réussites, dont une feuille de temps à remplir par les patients.

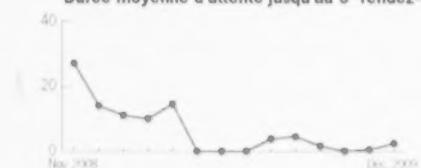
Équipe AI :

L'Équipe du district d'Athens comprend un médecin de famille, deux infirmières praticiennes et un travailleur social à mi-temps en association avec le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation.

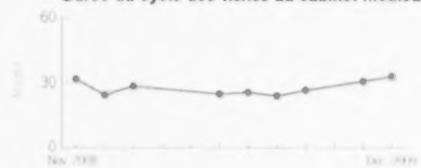
Résultats :

Le 1^{er} avril 2009, le délai d'attente jusqu'au troisième rendez-vous disponible est passé à zéro jour comparativement à 27 jours, et a été maintenu depuis à un délai de zéro à deux jours. D'autre part, l'équipe a constaté une baisse appréciable du temps consacré au triage au téléphone des patients qui ne pouvaient pas auparavant obtenir de rendez-vous plus rapidement. De plus, le nombre de patients qui voient leur fournisseur de soins primaires en pourcentage du nombre total de visites s'est maintenu au-delà de l'objectif mensuel de 85 % (sauf pendant deux mois à cause des vacances du personnel). L'Équipe de santé familiale a maintenu le temps de cycle des visites au cabinet à 33 minutes, soit en deçà de l'objectif de 45 minutes, et le temps à valeur ajoutée s'est maintenu à 61 % (objectif visé).

Durée moyenne d'attente jusqu'au 3^e rendez-vous disponible



Durée du cycle des visites au cabinet médical



Étapes suivantes :

Le district d'Athens continue de surveiller chacune de ses mesures toutes les semaines et d'établir une moyenne mensuelle afin de ne pas retomber dans ses vieilles habitudes. L'équipe essaie également d'autres stratégies pour équilibrer l'offre et la demande, notamment en organisant des rendez-vous médicaux collectifs pour les patients diabétiques et en mettant à profit toutes les compétences de l'équipe tout entière. Elle envisage de communiquer à d'autres fournisseurs de la région les mesures qui ont été prises pour améliorer l'efficience.



Exemple de réussite :

Gestion des maladies chroniques par l'Équipe de santé familiale New Vision

Situation :

L'Équipe de santé familiale New Vision est un cabinet de soins primaires de Kitchener (Ontario) surchargé. En moyenne, les résultats obtenus pour les patients du cabinet atteints de diabète de type 2 ne sont pas conformes aux lignes directrices de pratiques cliniques. L'équipe s'est rendu compte qu'elle devait modifier son système de gestion des maladies chroniques pour améliorer les soins prodigués aux patients. Au début, elle a concentré ses efforts sur une liste de 70 patients atteints de diabète de type 2 clients d'un médecin chevronné.

Objectif :

Satisfaire ou surpasser les recommandations des directives sur les pratiques cliniques exemplaires afin d'améliorer les résultats pour les patients atteints de diabète de type 2.

Mesures :

Lire la section Résultats qui décrit les quatre processus et les cinq mesures utilisés par l'Équipe New Vision.

Changements :

- Établissement d'un plan de soins pour les patients atteints de diabète de type 2 afin de modifier la façon dont ils se prennent en charge :
- patients nouvellement diagnostiqués ou qui contrôlent mal leur diabète de type 2 ou sont en état prédiabétique et ont été orientés vers un programme d'information sur le diabète dirigé par une diététiste autorisée.
- Une infirmière praticienne et une diététiste autorisée ont assuré un suivi personnalisé au cours du mois qui a suivi la séance de groupe, puis un suivi constant jusqu'à ce que l'état des patients se stabilise.
- Une fois l'état des patients stabilisé, des rendez-vous ont été pris pour que les patients rencontrent tous les trois mois à tour de rôle une infirmière praticienne et un médecin.
- Modification du formulaire d'évaluation utilisé par le personnel afin d'y inclure les questions nécessaires pour recueillir les renseignements sur les patients nécessaires pour le dossier médical électronique.
- Création d'un registre du diabète afin d'identifier les personnes qui n'ont pas été examinées pendant plus de six mois, de faire des analyses de sang et d'organiser les rendez-vous de suivi.
- Achat de matériel médical (Neuropen®) qui a permis aux professionnels paramédicaux du cabinet d'examiner les pieds des patients, qui devaient ôter leurs chaussures et leurs chaussettes dès leur arrivée dans le cabinet.
- Établissement de tableaux normalisés pour tous les professionnels paramédicaux leur permettant de suivre les dates des derniers examens des yeux et des pieds des patients et discussion des objectifs des patients en matière d'autogestion.
- Adoption d'une approche collective de prestation des soins afin de mettre à profit toutes les compétences de chaque soignant.

Équipe AQ :

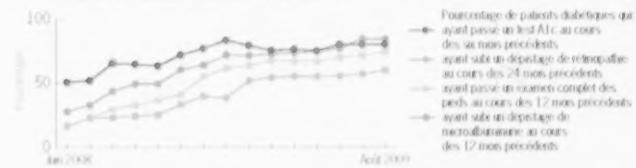
L'équipe New Vision comprend 10 médecins, deux infirmières praticiennes, trois infirmières autorisées, trois infirmières auxiliaires autorisées, un pharmacien, une diététiste et deux travailleurs sociaux en association avec le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation.

Résultats :

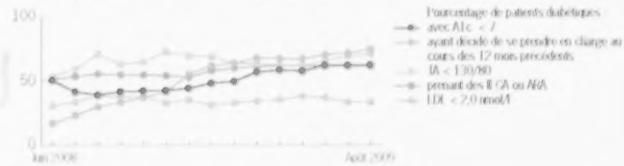
L'équipe New Vision a amélioré les résultats dans toutes les mesures, sauf une, en moins de 18 mois.

Pourcentage de patients diabétiques qui ont suivi les tests suivants :	Objectif visé	Point de départ	Août 2009
Alc < 7	>60 %	50 %	62 %
LDL < 2,0 mmol/l	>65 %	17 %	33 %
TA < 130/80	>55 %	51 %	71 %
Prend des IECA ou des ARA	>60 %	30 %	61 %
Dépistage de la rétinopathie au cours des 24 mois précédents	>90 %	17 %	60 %
Examen complet des pieds au cours des 12 mois précédents	>90 %	17 %	74 %
Test A1C au cours des 6 mois précédents	>90 %	51 %	80 %
Dépistage de la microalbuminurie au cours des 12 mois précédents	>65 %	28 %	84 %
Objectifs d'autogestion documentés en 12 mois	>70 %	17 %	74 %

Indicateurs des mesures d'amélioration de la gestion du diabète, Équipe de santé familiale New Vision



Indicateurs des mesures d'amélioration de la gestion du diabète, Équipe de santé familiale New Vision



Étapes suivantes :

L'équipe New Vision continuera de s'appliquer à améliorer les résultats cliniques, y compris les niveaux LDL (mesure qui ne s'est pas améliorée), en utilisant les cycles d'amélioration de la qualité Planification-Exécution-Étude-Action. Par exemple, l'équipe teste des liens avec des optométristes communautaires pour faciliter le partage des résultats des examens de dépistage de la rétinopathie diabétique. L'équipe de santé familiale s'efforcera également de maintenir les changements et d'en faire profiter ses autres patients diabétiques; en outre, elle instaurera des modèles similaires pour les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque.



Exemple de réussite :

Réadmissions à l'Hôpital général de North York

Situation :

Certains patients ayant des problèmes de santé mentale qui viennent au service des urgences de l'Hôpital général de North York n'ont pas besoin d'être hospitalisés, mais nécessitent plutôt des services communautaires, par exemple des séances de counseling, de travail social ou des services de stabilisation en santé mentale. Toutefois, la coordination entre l'hôpital et les partenaires de la collectivité ne se fait pas toujours facilement. Ces patients doivent parfois être hospitalisés, car les services qui leur permettraient de revenir chez eux en toute sécurité ne peuvent pas être organisés rapidement. D'autres fois, les patients ne font pas appel aux services de soutien recommandés par le SU, ce qui entraîne des visites répétitives aux SU.

Objectif :

Réduire les visites répétitives inutiles aux SU par les patients qui ont des problèmes de santé mentale, mais ne nécessitent pas une hospitalisation, entre mai 2007 et février 2008.

Mesures :

- Pourcentage de ce type de patients qui ont dû revenir aux SU dans les 72 heures, dans les 4 à 28 jours et dans les 29 jours à 6 mois après la visite aux SU durant laquelle ils ont été orientés vers le programme.
- Pourcentage de patients qui reviennent aux SU à maintes reprises.
- Hospitalisations évitées.
- Satisfaction des patients, satisfaction globale à l'égard des soins prodigués aux SU, pourcentage de patients qui recommanderaient ces SU aux membres de leur famille ou à leurs amis.

Changements :

L'hôpital a créé l'Emergency Department Diversion Program (EDDP) afin que les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui se présentent aux SU et ne nécessitant pas une hospitalisation puissent être dirigées promptement vers les services psychiatriques communautaires dont elles ont besoin. L'hôpital a :

- dirigé directement les patients hors de la zone desservie par la région de York vers un travailleur social communautaire de la St. Elizabeth Mobile Crisis Team (310-COPE).
- prévu des heures et des locaux dans les SU pour permettre au travailleur à l'intervention d'urgence de rencontrer le patient avant sa sortie, d'évaluer la crise, d'établir un plan de soutien et de diriger la personne vers les services de gestion de crise intensifs et immédiats de façon à ce qu'elle reçoive des soins pendant deux semaines, selon le cas.
- inclus dans l'équipe des travailleurs à l'intervention d'urgence, ce qui a permis l'établissement de liens plus étroits avec le personnel des SU.

Équipe AQ :

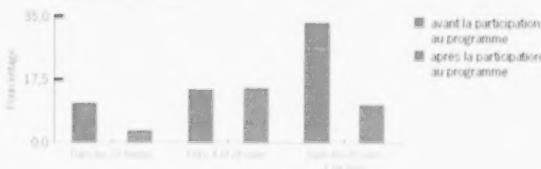
L'équipe comprenait des représentants de l'Hôpital général de North York, de St. Elizabeth Health Care et de Toronto North Support Services.

Résultats* :

Du 18 mai 2007, date de la création du programme, au 29 février 2008 :

- 85 patients ont été orientés vers l'EDDP et rencontré un travailleur social communautaire avant de quitter les urgences.
- Le pourcentage de patients orientés vers l'EDDP qui sont revenus aux SU dans les 29 jours à 6 mois est passé de 33 % avant leur participation au programme à 11 % après.
- Avant le début du programme, 55 % de ces patients revenaient aux SU au moins une fois; ce taux est descendu à 23 % après leur participation au programme.
- Plus de la moitié des patients ayant participé au programme (53 % de 40 cas choisis au hasard) auraient dû être hospitalisés si le programme n'avait pas été créé. Le taux de satisfaction à l'égard du programme était favorable, 83 % des patients admis à l'EDDP se disant satisfaits des services reçus aux SU, 75 % indiquant que les services prodigués dans le cadre du programme leur ont été utiles, et 75 % disant qu'ils recommanderaient aux personnes en difficulté de s'adresser à la St. Elizabeth Mobile Crisis Team.

Pourcentage de patients psychiatriques sélectionnés revenant aux SU



Étapes suivantes :

L'Hôpital général de North York envisage d'utiliser des séances scientifiques, des réunions de dirigeants et le service intranet pour communiquer ses connaissances. Il communiquera également les enseignements tirés à d'autres hôpitaux membres du Mental Health and Addictions Network et du RISS du Centre, et dans toute la province par l'entremise des Ontario Federation of Community Mental Health and Addictions Programs. L'équipe s'affaire à créer un poste rémunéré dont le rôle serait d'informer les patients au sujet des services offerts à la place des SU. Finalement, l'hôpital a mis sur pied un programme afin d'informer les foyers de soins de longue durée sur les moyens d'éviter les transferts aux SU.

*Remarque : L'évaluation était basée seulement sur les 85 patients orientés vers le programme et sur une comparaison préalable et postérieure pour ces patients. Les comparaisons ne comprenaient pas d'autres patients du service de soins psychiatriques n'ayant pas participé au programme.

Exemple de réussite : Infections en milieu hospitalier

Situation :

Les maladies associées aux soins de santé sont des infections que les patients acquièrent pendant qu'ils sont traités pour d'autres problèmes. Nous décrivons ici des situations vécues à l'Hôpital général de North York, à l'Hôpital régional de Windsor et à Huron Perth Healthcare Alliance (HPHA), qui montrent comment des méthodes de prévention des infections associées aux soins de santé peuvent être adaptées à l'environnement local.

Hôpital général de North York

Objectif :

Porter à 80 % le taux d'observation des méthodes d'hygiène des mains dans toutes les unités cliniques sur une période de huit mois qui a démarré en juin 2008 et établir un processus pour parvenir à un taux d'incidence zéro des pneumonies acquises sous ventilateur.

Mesures :

- Observation des mesures d'hygiène des mains avant et après le contact avec le patient.
- Taux de pneumonies acquises sous ventilateur pour 1 000 jours sur ventilateur.

Changements :

Observation de l'hygiène des mains :

- Installation de plus de 250 nouveaux distributeurs de lotion de lavage des mains selon les exigences établies par le personnel et les médecins, chaque unité recevant le produit qu'elle préférera.
- Formation de plus de 2 000 membres du personnel sur le moment où ils doivent se nettoyer les mains et de plus de 100 employés pour qu'ils deviennent des vérificateurs de l'hygiène des mains, en commençant par une unité.
- Lancement d'un programme de sensibilisation et de participation ambitieux pour modifier la culture de l'hôpital.

Objectif taux d'incidence zéro de pneumonies acquises sous ventilateur :

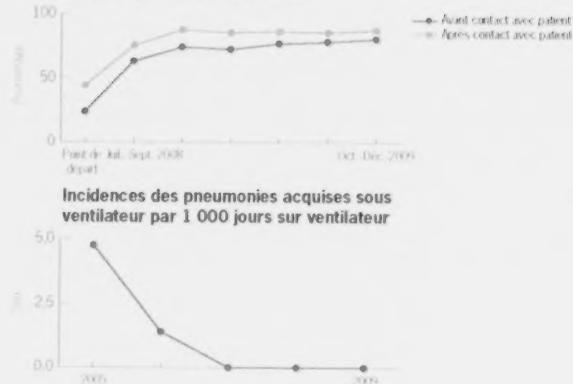
- Création d'un outil appelé Daily Goals Sheet fondé sur le programme Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, campagne qui comprenait des messages guides pour assurer la surveillance, l'identification, la prévention et l'observation des cas de pneumonie, et intégration de cet outil au dossier du patient.
- Présentation des signes et des symptômes associés à une pneumonie acquise sous ventilateur à un praticien de la prévention des infections et examen de tous les cas potentiels de pneumonie acquise sous ventilateur par un intensiviste et le praticien de la prévention des infections pour assurer l'exactitude et l'intégralité des données.

Résultats :

- Les taux d'observation des mesures d'hygiène des mains se sont améliorés, passant d'une moyenne de 30 % à une moyenne arithmétique de 83 % pour l'ensemble de l'hôpital (entre 74 % et 90 % selon les unités).

- Réalisation d'un taux d'incidence zéro des pneumonies acquises sous ventilateur pendant deux ans.

Observation de l'hygiène des mains à l'Hôpital général de North York



Étapes suivantes :

L'Hôpital général de North York mettra en place un plan de durabilité, surveillera régulièrement les unités et poursuivra ses efforts auprès des unités dont le taux d'observation des mesures d'hygiène des mains n'atteint pas l'objectif visé de 80 %.

Hôpital régional de Windsor

Objectif :

Réduire de 50 % sur une période d'un an, dans l'unité d'oncologie, le taux d'infections associées à la présence d'un cathéter central et étendre les améliorations dans tout l'organisme avant septembre 2008.

Mesures :

- Taux d'infections associées à la présence d'un cathéter central par 1 000 jours de cathéter.
- Consultation de la liste de vérification Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! lors de l'insertion du cathéter.

Changements :

L'ensemble de mesures associées à la mise en place d'un cathéter central comprend les pratiques exemplaires suivantes : hygiène des mains, protection maximale, asepsie de la peau à la chlorhexidine et site d'insertion optimal. Les stratégies de mise en œuvre comprenaient ce qui suit :

- Préparer des tableaux d'insertion pour le service d'imagerie diagnostique, l'unité de soins intensifs et les salles opérationnelles afin de faciliter la tâche au



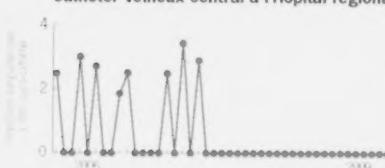
médecin et qu'il pose les bons gestes au bon moment.

- Engager une infirmière autorisée chargée d'observer et de noter les données sur les précautions prises lors de l'insertion du cathéter central au service d'imagerie diagnostique.
- Saisir les données de manière électronique afin de déterminer si les mesures sont respectées.
- Étendre les mesures associées à la mise en place d'un cathéter central aux autres unités et services, y compris en apportant des modifications aux unités pédiatriques et de soins intensifs néonataux.

Résultats :

- Zéro infection sanguine associée à la présence d'un cathéter central aux unités de soins non critiques, et deux infections associées à des cas très complexes dans l'unité de soins intensifs au cours des 15 mois précédents.
- Le taux d'observation des directives relatives à l'insertion est passé de moins de 40 % à 100 %.

Taux d'infections sanguines associées à la présence d'un cathéter veineux central à l'Hôpital régional de Windsor



Étapes suivantes :

L'Hôpital régional de Windsor a lancé récemment un projet pilote d'évaluation du matériel afin de réduire le risque d'infection (tube à déplacement direct pour prévenir les blocages et le refoulement du cathéter central).

Huron Perth Healthcare Alliance

Objectif :

Réduire de 50 % le taux d'infections du site chirurgical associées aux arthroplasties et obtenir un taux d'observation de plus de 95 % des pratiques exemplaires pour la prévention des infections du site chirurgical entre septembre 2007 et juin 2008.

Mesures :

- Les cas d'infections associées aux arthroplasties passées et présentes ont été évalués à 30 jours, six mois et 12 mois.
- Pourcentage de patients recevant des antibiotiques en temps voulu.

Changements :

- Mise en œuvre de l'ensemble des mesures associées à la prévention des infections du site chirurgical dans le cadre du programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* qui préconise l'utilisation appropriée

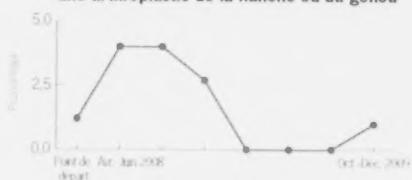
d'antibiotiques prophylactiques dans l'heure qui précède l'incision et la cessation de ces antibiotiques dans les 24 heures qui suivent l'opération; et couper les poils au lieu de les raser.

- Administration d'antibiotiques prophylactiques dans la salle d'opération au lieu du service de chirurgie de jour.
- Relevé de la température du patient au début et à la fin de l'intervention en prévision de l'élargissement de l'initiative aux chirurgies abdominales ouvertes.
- Prise en note de l'heure d'administration des antibiotiques, de l'heure de l'incision, des données sur la coupe des poils et des températures dans un dossier en ligne pouvant être consulté en temps réel, dont les données seront extraites pour être incluses dans un rapport mensuel.
- À la sortie de l'hôpital, collecte auprès des cliniques de rendez-vous de suivi des données sur tous les patients ayant subi une arthroplastie, et évaluation des données.

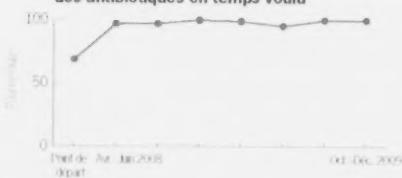
Résultats :

- Taux zéro d'infections pour les patients ayant subi une arthroplastie pour la plus grande partie de 2009.
- Taux d'observation de 100 % de la période de 60 minutes d'administration des antibiotiques en juillet 2009 et maintien de ce taux par la suite.

Taux d'infections au site d'intervention suite à une arthroplastie de la hanche ou du genou



Pourcentage de patients ayant pris des antibiotiques en temps voulu



Étapes suivantes :

Huron Perth Healthcare Alliance étendra ses changements à tous les autres services chirurgicaux et unités et continuera d'améliorer les méthodes de suivi des infections après une opération.



Exemple de réussite :

Réduire le nombre de chutes dans les foyers de soins de longue durée

Situation :

La Division des services des foyers de soins de longue durée de la Ville de Toronto dessert plus de 6 000 résidents/clients de 10 foyers de soins de longue durée et de divers programmes communautaires. La division est déterminée à assurer la sécurité des patients et à gérer les risques, y compris au moyen de mesure de prévention des chutes. Selon les données du bureau de santé de Toronto, un adulte âgé sur trois tombe chaque année, 75 % des personnes qui tombent chuteront de nouveau dans les six mois qui suivent, 90 % des fractures de la hanche chez les personnes âgées sont attribuables à une chute et 20 % des personnes qui se sont fracturé la hanche décèdent dans l'année qui suit.

Objectif :

Réduire le nombre de chutes entraînant une fracture de la hanche par tranche de 100 résidents des 10 foyers de soins de longue durée administrés par la division en 2009.

Mesures :

- Pourcentage de résidents ayant chuté dans les 30 jours qui ont suivi la dernière évaluation.
- Taux de chutes donnant lieu à une visite aux urgences ou à une hospitalisation par tranche de 100 résidents.
- Taux de chutes entraînant une fracture de la hanche par tranche de 100 résidents.

Changements :

La division a mis en œuvre les stratégies suivantes :

- Mise au point d'une approche interdisciplinaire pour la gestion et la prévention des chutes.
- Amélioration de la technologie de l'information pour suivre, analyser et référencer les données sur les chutes.
- Évaluation complète des risques de chute pour chaque résident dans les 24 heures qui suivent son admission.
- Établissement d'un plan de soins amélioré et évaluation interdisciplinaire des résidents qui semblent présenter un risque élevé de chute.
- Campagnes d'information sur la prévention des chutes, y compris des brochures (*Just for Families*), le programme « Twelve Tips to Prevent Falls » destiné aux conseils de résidents, et un atelier sur la prévention des chutes pour les résidents à risque élevé et les familles.
- Mise au point d'une vaste gamme de programmes de renforcement musculaire, d'amélioration de l'équilibre, d'exercices et de relaxation, au lieu de se concentrer uniquement sur la mobilité.
- Mise en place de matériel, dont lits électriques, descentes de lit pour amortir les chutes, côtés de lit, rampes et barres d'appui, sièges de toilette surélevés, protège-hanche, etc.
- Amélioration de l'éclairage et des mesures visant à réduire les risques de chute, élimination des obstacles ou des obstacles involontaires.

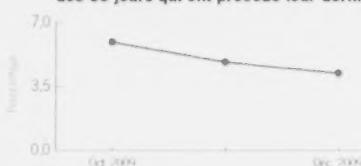
- Suivi régulier des résidents atteints d'une maladie aiguë ou ayant subi une intervention chirurgicale afin de les aider à se rendre aux toilettes et en revenir.
- Examens interdisciplinaires réguliers de l'alimentation réguliers et des médicaments.

Deux foyers ont testé, à titre d'indice visuel, un logo représentant une « feuille en train de tomber », placé sur la porte de la chambre, les appareils de mobilité et les dossiers médicaux des résidents à risque élevé.

Résultats :

Par rapport aux données de 2008, la division a réussi à réduire les fractures de la hanche de 33 % en 2009.

Pourcentage de résidents victimes d'une chute au cours des 30 jours qui ont précédé leur dernière évaluation



Taux de chutes suivies d'une visite aux SU ou d'une hospitalisation



Taux de chutes suivies d'une fracture de la hanche par 100 résidents



Étapes suivantes :

La division continuera d'améliorer ses stratégies de réduction des chutes à l'aide de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. Elle surveillera, analysera et évaluera chaque chute, mettra en œuvre des stratégies personnalisées pour les résidents et communiquera les réussites à l'échelle du foyer et de la division.



Exemple de réussite :

Gérer les autres niveaux de soins (ANS) au Centre de santé Trillium en partenariat avec le CASC et le RLISS

Situation :

Le Centre de santé Trillium est un grand hôpital universitaire relevant du RLISS de Mississauga Halton, qui dessert une région de plus d'un million d'habitants. L'hôpital est un centre régional de cardiopathie et de neurosciences, qui abrite des unités de soins des accidents vasculaires cérébraux et de soins vasculaires, ainsi que des programmes de soins aux victimes d'agressions sexuelles et de violence familiale. Le Centre Trillium avait du mal à organiser l'hospitalisation des patients à la sortie des urgences, car ses cas ANS¹ avaient augmenté. Le nombre de cas ANS a culminé à 131 en mars 2009, représentant environ 18 % des lits de l'hôpital.

Objectif :

Réduire les cas ANS à partir de mars 2009.

Mesures :

- Nombre de patients ANS par jour
- Nombre de jours-patient ANS

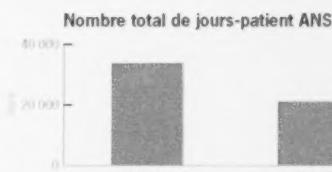
Changements :

- Établissement d'un *Joint Discharge Operations Group* dans le cadre duquel les agents de la planification des sorties de Trillium et les gestionnaires de cas du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) ont travaillé en équipe pour examiner tous les patients ANS qui attendent chaque jour d'être placés en leur recommandant en premier des soins à domicile ou en les admettant dans les unités de soins chroniques, palliatifs ou de réadaptation. Grâce à ces examens quotidiens, les nouveaux renseignements sur les patients ont pu être communiqués et appliqués immédiatement.
- Coordination d'un événement Kaizen de trois jours avec le CASC et le RLISS, qui ont utilisé les méthodes Lean pour analyser la chaîne de valeur de la situation actuelle. Cette analyse a permis d'établir que seulement entre 20 et 27 % des étapes et du temps consacré à planifier la sortie se faisaient de manière optimale pour les patients. Une analyse de la future chaîne de valeur a permis de déterminer qu'il était possible d'éliminer certaines étapes et de normaliser le processus de sortie.
- Mise au point de protocoles clés pour la mise en œuvre d'une initiative « Home First » dans le RLISS de Mississauga Halton, afin d'aider les patients hospitalisés à revenir chez eux lorsqu'ils sortent de l'unité de soins actifs. Le programme avait pour objet de mettre à profit les soutiens fournis par le CASC et les investissements dans le programme Vieillir chez soi pour assurer que les patients sont aiguillés vers le cadre approprié où ils obtiennent les soutiens nécessaires, reportant ainsi la décision de les placer inutilement dans un foyer de soins de longue durée.
- Évaluation et examen complet des patients par le Centre Trillium et le CASC afin d'assurer que tous les soutiens nécessaires sont en place au bon endroit et pour appuyer la prestation des soins nécessaires après la sortie. Pour que cette initiative réussisse, il fallait obtenir l'appui des médecins en leur expliquant qu'il était préférable que les patients reviennent chez eux avant d'être placés dans un foyer de soins de longue durée.

- Mise en œuvre d'un logiciel (MedWorxx) pour déterminer de façon plus exacte quand un patient est désigné ANS.
- Resserrement du processus d'approbation pour les inscriptions sur la liste d'attente pour des soins de longue durée ANS, conformément au principe qu'on doit recourir aux soins de longue durée seulement lorsque toutes les autres options ont été épuisées.
- Inclusion du rôle du « navigateur des patients » afin de faciliter la planification des sorties.
- Discussion des défis associés aux patients difficiles à soigner ou à placer et création de protocoles et de documents pour aider le personnel du Centre Trillium et du CASC à s'occuper de ces patients.
- Mise au point d'outils pour le personnel, les patients et les familles afin de faciliter la sortie en temps voulu et de manière sécuritaire vers le cadre le plus approprié.

Résultats :

Le Centre Trillium a réduit le nombre de lits ANS à 131 (18 % des lits de l'hôpital) en mars 2009 à moins de 55 % (7 % des lits) en mars 2010, ce qui représente une réduction de 67 % des cas ANS. Cette initiative a aussi permis de renforcer le partenariat entre le Centre Trillium et le CASC, de simplifier la transition des patients qui sortent des unités de soins actifs vers un établissement communautaire approprié et de réduire le temps moyen de sortie.



Etapes suivantes :

Le Centre de santé Trillium continue de mettre au point ses protocoles, rôles et procédures de sortie pour améliorer la transition à la sortie de l'unité de soins actifs et étendre les améliorations, comme le rôle du navigateur des patients, à l'échelle de l'organisme. L'hôpital continue de collaborer étroitement avec le CASC afin d'améliorer ses processus de sortie et les possibilités d'améliorer le partenariat avec le RLISS.

¹ Un lit ANS est occupé par un patient qui n'a pas besoin des soins intensifs prodigues dans ce type d'établissement.

* Mars 2009 est une estimation.



Exemple de réussite :

Santé des travailleurs à l'Hôpital Memorial Trafalgar d'Oakville

Situation :

En 2007, l'unité de soins psychiatriques pour malades hospitalisés de l'Hôpital Memorial Trafalgar d'Oakville enregistrait des taux élevés d'absentéisme chez les membres du personnel infirmier pour cause de maladie, un taux élevé de roulement du personnel et, par conséquent, devait souvent faire appel à du personnel infirmier temporaire qui n'a pas reçu la formation nécessaire pour s'occuper de personnes ayant des problèmes de santé mentale. En conséquence, l'unité enregistrait une utilisation supérieure à la moyenne de contraintes physiques et chimiques et de fréquents codes « blanc » (incidents de comportements violents ou agressifs).

Objectif :

Réduire considérablement le taux d'absentéisme/du nombre de jours de maladie par rapport aux autres services hospitaliers (Oakville-Trafalgar fait partie de Halton Healthcare Services), et en dessous de la norme provinciale (10,3 jours). Réduire les taux de roulement du personnel et l'utilisation de personnel infirmier temporaire dans l'unité de soins psychiatriques à un taux zéro en un an à partir de juin 2007.

Mesures :

- Nombre moyen de jours de maladie des membres du personnel par équivalent à temps plein (ETP).
- Taux de roulement du personnel par ETP par an (nombre d'employés qui quittent l'organisme en pourcentage de l'effectif total).
- Nombre d'heures assuré par le personnel de l'agence de placement en pourcentage du nombre total d'heures travaillées.
- Satisfaction du personnel à l'égard du superviseur, des mesures de sécurité au travail et de la participation à la prise de décision.

Changements :

- Analyse des causes fondamentales lors de fréquentes réunions du personnel. Les membres du personnel infirmier ont exprimé des inquiétudes au sujet du déséquilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, des problèmes de sécurité dans l'unité et de leur capacité à participer à la prise de décision.
- Accroissement de la présence du directeur, du gestionnaire et du clinicien de pratique professionnelle pour aider le personnel à résoudre les problèmes quotidiens de fonctionnement, p. ex., soulager la charge de travail du personnel infirmier ou aider le personnel dans la toilette des patients.
- Culture d'un esprit de collaboration en encourageant les infirmières et infirmiers à partager leurs idées d'amélioration, à s'exprimer lors des réunions de personnel hebdomadaires et à afficher le procès-verbal des réunions du personnel et les rapports d'étape.
- Formation supplémentaire offerte au personnel infirmier devant s'occuper de personnes atteintes de troubles psychiatriques et communication thérapeutique.
- Permission donnée au personnel infirmier d'établir leurs propres horaires pour répondre à leurs besoins et à ceux de l'unité, afin de mieux concilier leur vie professionnelle et personnelle.
- Création d'un nouveau poste d'agent de sécurité en santé mentale inclus dans l'équipe multidisciplinaire.

Équipe AQ :

Le directeur de l'unité de soins psychiatriques, le gestionnaire des soins aux patients, le clinicien en pratique professionnelle et les membres du personnel infirmier ont participé à cette initiative d'amélioration de la qualité.

Résultats :

- Le nombre moyen de jours de maladie par ETP par an est passé de 16 à 8 jours entre la mi-2007 et décembre 2008.
- Le taux de roulement du personnel est passé de 39 % à 3 % entre 2006 et 2009.
- Les heures assurées par le personnel de l'agence de placement en pourcentage du nombre total d'heures travaillées sont passées de 9,426 à zéro heure entre 2007 et 2008.
- Le personnel a fait état d'une plus grande satisfaction à l'égard de leur superviseur, des mesures de sécurité au travail et de la participation à la prise de décision.
- Les codes « blanc » et l'utilisation des contraintes physiques et chimiques ont diminué considérablement.

Nombre moyen de jours de maladie ETP par an*

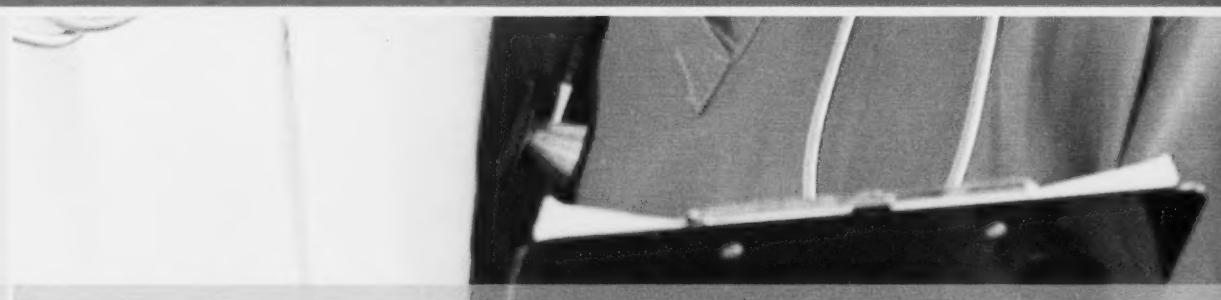


Taux de roulement du personnel, unité de soins psychiatriques



Etapes suivantes :

L'unité continue de rechercher des moyens d'aider le personnel afin qu'il puisse faire face au nombre croissant de lits, de volumes de patients et de cas graves, par exemple, en offrant une formation spécialisée dans certains domaines, dont celui des troubles concomitants. Grâce à sa nouvelle main-d'œuvre stabilisée, l'unité s'applique à réduire encore plus l'utilisation des contraintes chimiques et simplifie la documentation clinique requise pour les patients ayant des troubles de santé mentale afin que les infirmiers et infirmières consacrent moins de temps à la paperasse et plus de temps aux soins. Le programme de santé mentale a également mis au point des plans de soins pour que le personnel applique une approche cohérente à l'égard des comportements agressifs et la direction continuera de participer aux réunions du personnel et à faire acte de présence dans l'unité de soins psychiatriques.



Exemple de réussite :

Gestion des cas de santé mentale à Thunder Bay

Situation :

Le processus d'aiguillage pour la gestion des cas de santé mentale à Thunder Bay se traduisait par de la confusion de la part des clients, un chevauchement des efforts et un gaspillage des ressources. Certains clients étaient orientés vers plusieurs programmes de gestion de cas à la fois, entraînant des évaluations à répétition. D'autres étaient orientés vers des programmes inappropriés et faisaient la queue sur la « mauvaise liste d'attente » avant de se rendre compte qu'ils devaient recommencer à attendre sur une autre liste d'attente. En décembre 2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a alloué un financement au titre du Fonds d'amélioration du rendement afin d'aider les fournisseurs locaux à utiliser des outils d'amélioration de la qualité pour modifier le modèle d'admission de manière systématique.

Objectif :

Éliminer les chevauchements et réduire de 50 % le temps d'attente à partir de l'aiguillage jusqu'à l'admission au programme sur une période de 18 mois.

Mesures :

- Pourcentage d'aiguillages soumis sur le nouveau formulaire.
- Nombre d'aiguillages hors du processus d'admission commun.
- Pourcentage d'aiguillages complétés par le coordonnateur des admissions.
- Temps d'attente médian de l'aiguillage à l'inscription sur la liste d'attente d'un programme.

Changements :

- Examen de l'ancien système, détermination des engorgements ou des inefficacités et mise en place d'un nouveau processus.
- Mise au point d'un formulaire d'aiguillage commun aux services de santé mentale. Un comité chargé de superviser ce travail s'est rencontré toutes les semaines. Un formulaire d'aiguillage a été mis à l'essai auprès de personnes clés avant d'être simplifié.
- Création d'un comité d'examen des aiguillages chargé d'étudier le processus d'aiguillage et de déterminer la participation aux divers programmes (c.-à-d. aiguillage vers un programme).
- Recrutement d'un coordonnateur des admissions chargé d'aiguiller les personnes vers divers programmes, le comité d'examen des aiguillages étant disponible pour consultation.
- Mise en œuvre d'une base de données informatisée sur les aiguillages.
- Création d'articles de convention décrivant les processus aux fins d'uniformité et de suivi.

Équipe AQ :

Le projet Thunder Bay Mental Health Case Management Intake Collaboration (Collaboration) englobait neuf programmes de gestion de cas de santé mentale et de toxicomanie offerts par quatre organismes : St. Joseph's Care Group, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, Alpha Court et le bureau de l'Association de santé mentale du Canada à Thunder Bay. Un comité

exécutif a été établi, composé de représentantes et représentants de chaque organisme. Les équipes de gestion et les employés de première ligne affectés aux neuf programmes faisant partie du partenariat ont aussi suivi une formation sur l'amélioration de la qualité.

Résultats :

Le projet Collaboration s'est traduit par l'élimination des chevauchements, la réduction de 50 % de la charge de travail et l'accroissement à 95 % du taux des aiguillages positifs. Mais le plus important pour les clients est que le temps d'attente moyen de la réception de l'aiguillage à l'inscription sur la liste d'attente d'un programme a diminué de 55 %. De plus, les clients bénéficient d'un seul point d'admission et, dans la plupart des cas, ne sont plus obligés de parler de leur cas à différents gestionnaires de cas.

Période d'attente médiane



Étapes suivantes :

Les étapes suivantes éventuelles comprennent la collecte de données à l'échelle du système pour identifier les cas difficiles et répondre aux besoins des clients, créer un formulaire simplifié qui a été bien accueilli par nos partenaires communautaires, mettre au point une méthodologie de gestion de listes d'attente communes et un processus continu d'évaluation du rendement et continuer à encourager les quatre organismes participants à utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité. Un système de réadmission rapide identique pour tous les programmes a déjà été mis au point pour faciliter la sortie des patients, sachant qu'ils peuvent être réadmis rapidement s'ils ont besoin de services dans un délai précis. Plus les neuf programmes collaborent ensemble, mieux ils comprennent leurs services respectifs et mieux ils sont en mesure de déterminer des possibilités d'amélioration.

13

Notes en fin d'ouvrage

L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG) est un outil standard utilisé aux services d'urgences en Ontario. Une infirmière ou un infirmier responsable du triage classe les patients dans les catégories suivantes : 1. (réanimation), 2. (cas urgent), 3. (urgent), 4. (service régulier), 5. (sans urgence).

Schull MJ, Morrison L, Vermeulen M, Redelmeier DA. Emergency department overcrowding and ambulance transport delay for patients with chest pain. *CMAJ*. 2003 Feb 4;168(3):277-83.

Chan BTB, Schull MJ, Schutte SE. Emergency department services in Ontario. Institut de recherche en services de santé. Toronto, 2001.

Base de données du SNISSA, calculée par PRSS.

En 2007, 46 % des Canadiens et 47 % des Ontariens ont signalé avoir attendu plus de deux heures aux SU avant d'être vus par un médecin, c'est-à-dire le Canada en queue de liste des sept pays sondés. A titre de comparaison, seulement 31 % des patients des États-Unis et 32 % des patients du Royaume-Uni ont signalé avoir attendu plus de deux heures. La première place est revenue aux Pays-Bas (7 %) (2007 International Health Policy Survey, Fonds du Commonwealth, dans sept pays).

En mai 2009, la province a annoncé une stratégie pour réduire le temps d'attente dans les salles d'urgences des hôpitaux et a promis d'investir 82 millions de dollars en 2009-2010. <http://www.news.ontario.ca/MSSLD.fr/2009/05/strategic-intent-reduction-des-temps-dattente-dans-les-salles-des-urgences.html> <http://www.news.ontario.ca/MSSLD.fr/2009/05/ontario-invests-82m-in-reducing-the-times-patients-wait-in-hospital-emergency-departments.html> (consulté en décembre 2009).

Johnson M, et coll. Patients who leave the emergency department without being seen. *J Emerg Nurs*. 2009; 35:105-8. Polovitz SK, et coll. Factors Associated with Patients Who Leave without Being Seen. *Acad Emerg Med*. 2005;12(3):232-6.

Beveridge, R et coll. Echelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG) : implementation et guidelines. *CJEM*. 1999;11 (suppl S22). Les lignes directrices indiquent que tous les patients devraient être vus dans les délais suivants : réanimation, urgence immédiate, cas urgent, 15 min; urgence, 30 min; semi-urgence, 60 min; cas non urgent, 120 min. Les chiffres figurant dans ce rapport représentent les temps d'attente médians, ce qui signifie que 50 % des patients attendent plus longtemps. Ainsi donc, le fait que le délai d'attente médian pour les cas non urgents soit légèrement au-dessous de l'objectif de 120 minutes signifie que près de la moitié de ces patients ont attendu plus longtemps que souhaitable.

Butler JS, Barrett BJ, Kent G, Haire R, Parfrey PS. Detection and classification of inappropriate hospital stay. *Clin Invest Med*. 1996;19(4):251-8.

McKinney M. Watching the big board to reduce overcrowding. *Electronic bed tracking systems can improve patient throughput, but staff buy-in is a must*. *Respir Health Net*. Oct. 2009;38(10):48-50.

Litvak E. 2005. Optimizing patient flow by managing its variability. *Tire de : JCAHO: From front office to front line: essential issues for health care leaders*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, Inc.

Improving the efficiency of hospital-based emergency care — Chapter 4. Hospital-based emergency care: At the breaking point. Institute of Medicine. Washington, 2007. ISBN:10-0-309-10173-5. http://www.w21c.org/data/3/rec/docs/232_W21C_RTLS_0910.pdf

Altmaier CA, Ardal S, Woodward GL, Schull MJ. Variation in emergency department visits for conditions that could be treated in alternative primary care settings. *CJEM*. 2005;7: 252.

http://www.health.gov.ca/transform/war_times/providers/reports/ update/20090416.pdf

D'après la population de l'Ontario (10 339 555 habitants) en 2007. Statistique Canada, CANSIM, tableau (contre partement) 051-2001. <http://www4.statcan.gc.ca/022/cst01/demo31a-fra.htm>.

Voir section 8.4. Ressources humaines en matière de temps : 182 pour de plus amples renseignements. Le nombre de médecins de famille par capita s'est accru de 11 entre 2003 et 2008.

Depuis avril 2005, 150 équipes de santé familiale ont été créées dans les centres urbains et les zones rurales de la province, et il est prévu de créer 50 équipes supplémentaires, ce qui portera le total à 200. http://www.health.gov.ca/renouvellement/fth/fth_mnf.html. Pour de plus amples renseignements, consulter http://www.health.gov.ca/transform/fth/guides/fth_roadmap.pdf

Équipes de santé familiale : Les accès aux soins primaires. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 27-10-2009.

Dahrouge S, Hogg W, Russell D, Geneau R, Kristiansson E, Muldoon L, et coll. The comparison of models of primary care (COMP-PC) in Ontario study: methodology of a multi-faced cross-sectional practice-based study. *Open Med*. 2009; 3 (3):149-64.

Cliniques dirigées par infirmières ou infirmiers praticiens. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 8-6-2009.

http://www.health.gov.ca/renouvellement/fth/fth_mnf.html

<http://www.gip.ca/user/files/OP%20-2009%20Apr%201709.pdf>

<http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOE/2005/11/10/c3426.html?utmch==&lang=1.html>

http://www.health.gov.ca/french/public/pub/ministry/annual/annual_repf09_10f.html

http://www.health.gov.ca/french/media/news_releases/archives/hr_09/hr_09_212.html

Hodge M, Horsey J, Albarani D, Barlow J, et coll. The consequences of waiting for cataract surgery: a systematic review. *JAMA*. 2007;297(10):1285-90.

Morgan CD, Synder J, Naylor CD. The Triage Committee of the Cardiac Care Network of Ontario. Analysis of death, while waiting for cardiac surgery among 29,293 consecutive patients in Ontario, Canada. *Health*. 1998; 79-345; 10:1132-7. 79-345.

Huang J, Barbera L, Brouwers M, Brownian G, Mackillop NJ. Does delay in starting treatment affect the outcomes of radiotherapy? A systematic review. *J Clin Oncol*. 2003;21(3):555-63.

Action Cancer Ontario. <http://www.ontario.ca/acs/cancr/stats/>

EDOFI : calculé par l'IRSS pour l'exercice financier 2008-2009.

Chan B, Austin P. Patient, physician and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada: A population-based, multi-level modeling approach. *Medical Care*. 2003;41(4):500-8.

Wright CJ, Chambers GK, Robins-Paradise Y. Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery. *CMAJ*. 2002; 167(5):461-6.

Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography: An increasing source of radiation exposure. *NEJM*. 2007; 357(22):2277-84.

Tsai FC, Tak S. Disease-specific pain measures for osteoarthritis of the knee or hip. *Genitourin Nurs*. 2003; 24(2):106-9.

<http://www.woman.org/womac/index.htm>

Amesbury EC, Grossberg AL, Hong DM, Miller KM. Functional visual outcomes of cataract surgery in patients with 20/20 or better preoperative visual acuity. *J Cataract Refract Surg*. 2009; 35:1505-8.

Steinberg EP, Tiefisch JM, Schein OD, Javitt JC, Sharkey P, Cassard SD, Legro MW, Diener-West M, Bass EB, Damiano AM, Sternwachs DM, Sommer A. The VF-14: an index of functional impairment in patients with cataract. *Arch Ophthalmol*. 1994; 112:630-8.

"MRI/CT Decision Support Tool for Referring Physicians" <https://www.mrictdecisionsupporttool.ca/CEB/IndicationSearch/Help> Introduction

Steyn RS. Improving queue management through operational research and system redesign. http://www.cpmi.com/documents/43276_en.pdf. Voir aussi <http://www.steyn.org.uk/>

<http://www.ihii.org/IH/Topics/OfficePractices/Access/Changes/MeasureandUnderstandSupplyandDemand.htm>

<http://www.ihii.org/IH/Topics/OfficePractices/Access/Changes/RecalibratetheSystembyWorkingDowntheBacklog.htm>

Steyn RS. Improving queue management through operational research and system redesign. http://www.cpmi.com/documents/43276_en.pdf. Voir aussi <http://www.steyn.org.uk/>

http://www.health.gov.on.ca/transform/war_times/providers/wk_improv_mnh.html

http://www.health.gov.on.ca/transform/war_times/providers/wk_improvementSearch/Help

http://www.health.gov.on.ca/transform/war_times/providers/wk_strategy.html

http://www.health.gov.on.ca/uploadedFiles/WaterlooWellington/ConcileditedMIA2008_Aug1st.pdf

<http://www.ihii.org/IH/Topics/OfficePractices/Access/Changes/RecalibratetheSystembyWorkingDowntheBacklog.htm>

Steyn RS. *Improving queue management through operational research and system redesign*. http://www.cpmi.com/documents/43276_en.pdf. Voir aussi <http://www.steyn.org.uk/>

http://www.health.gov.on.ca/transform/war_times/providers/wk_improv_mnh.html

<http://www.ihii.org/IH/Topics/OfficePractices/Access/Changes/RecalibratetheSystembyWorkingDowntheBacklog.htm>

MSSLD, d'après le nombre de placements dans des foyers de soins de longue durée au cours de l'exercice financier 2008-09.

Les Ontariens qui font une demande d'admission dans un foyer de soins de longue durée peuvent indiquer trois foyers de leur choix. Si deux d'entre eux, ils ont le loisir de refuser les places qu'on leur propose tant qu'il ne s'agit pas de leur premier choix. Il n'en va pas de même pour les patients hospitalisés, qui sont tenus d'accepter la première place qu'on leur propose. Cependant, si cette place constitue leur troisième choix, ils peuvent demander à être transférés si un lit se libère dans un foyer qu'ils ont sélectionné comme premier ou deuxième choix.

MSSLD 2001-2002. Plan d'activité. [http://www.health.gov.on.ca/english/public/ministry/plan/planning1.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/ministry/plan/planning/planning1.html)

Aux États-Unis, et de telles résidences-services sont courantes, les foyers de soins de longue durée ont des places disponibles, même si le nombre de lits est le même que celui de l'Ontario, relativement à la taille de la population. (Harrington C et coll. Trends in the supply of long-term care facilities and beds in the United States. *J Appl Gerontol*. 2005; 24(4):265-82).

http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/itfc/13_housing.html

Observateur. Rapport sur le système de santé ontarien. Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Toronto, 2009, p. 31.

http://www.health.gov.on.ca/transform/war_times/providers/wk_improv_mnh.html

<http://www.ihii.org/IH/Topics/OfficePractices/Access/Changes/RecalibratetheSystembyWorkingDowntheBacklog.htm>

Hedges JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine*. 2008; 6: 9. doi:10.1186/1741-7015-6-9. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/9>

http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/itfc/33_ontario_strategy.html

http://www.mississaugaonth.com/ca/uploadedFiles/Public_Community_Health_Service_Providers/Homes%20First%20Les%20Jades%20In%2020Aug%2019%202009.pdf

Freemantle N et coll. B Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ*. 1999; 318:1730-4.

Plehn JF, et coll. Reduction of stroke incidence after myocardial infarction with pravastatin: CARE study. *Circulation*. 1999; 99:216-23.

The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *New Engl J Med*. 2000; 342:145-53.

Vrbola L, Crighton EJ, Mamdani M, Monnедин R, Ursush R. Temporal analysis of acute myocardial infarction in Ontario, Canada. *Can J Cardiol*. 2005;21(10):841-5.

Garg R, Yusuf S. Overview of randomized trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure. Collaborative group on ACE inhibitor trials. *JAMA*. 1995; 273:1450-6.

Arnold JMO, Lu P, Demers C. Et coll. Recommandations de la Conférence consensuelle de la Société canadienne de cardiologie 2006 sur l'insuffisance cardiaque : Diagnostic et prise en charge. *Can J Cardiol*. 2006;22(1):23-40. Selon les lignes directrices actuelles, tous les patients ayant une fraction d'éjection (FE) < 40 % devraient être traités, en l'absence de contre-indications, par un IEC/ARA et un bêta-bloquant. Les patients dont l'ICC était de grâve suffisante pour nécessiter une hospitalisation satisfaisaient visuellement à ce critère de FE, mais on ne peut pas l'affirmer avec certitude car la FE n'est pas systématiquement comprise dans les bases de données provinciales.

IRSS. D'après Base de données sur les personnes inscrites. Base de données sur les congés des patients. Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario.

Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ et coll. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack. *Stroke*. 2006; 37:577-617.

Johansen HL, Wielgosz AT, Nguyen K, Fry RN. Incidence, comorbidity, case fatality and readmission of hospitalized stroke patients in Canada. *Can J Cardiol*. 2006;22(1):65-71. Selon cette source, l'incidence de nouveaux AVC ischémiques est de 12 par tranche de 10 000 personnes. Puisque l'Ontario compte 13 millions d'habitants, il y a environ 16 000 nouveaux AVC ischémiques par an.

Adams HP, Jr, del Zoppo G, Albers G, Brott DL, et coll. Guidelines for the early management of adults with ischaemic stroke. *Stroke*. 2007;38(5):1555-71.

Tu JV, Khalid L, Donayone LR, Kru DT, et coll. Indicators of quality of care for patients with acute myocardial infarction. *CMAJ*. 2008; 179(9):909-15.

Arnold JMO, Lu P, Demers C, et coll. Recommandations de la Conférence consensuelle de la Société canadienne de cardiologie 2006 sur l'insuffisance cardiaque : Diagnostic et prise en charge. *Can J Cardiol*. 2006;22(1):23-40. Selon les lignes directrices actuelles, tous les patients ayant une fraction d'éjection (FE) < 40 % devraient être traités en l'absence de contre-indications, par un IEC/ARA et un bêta-bloquant. Les patients dont l'ICC était de grâve suffisante pour nécessiter une hospitalisation satisfaisaient visuellement à ce critère de FE, mais on ne peut pas l'affirmer avec certitude car la FE n'est pas systématiquement comprise dans les bases de données provinciales.

Romano JG, Miller M, Merino J, Fortezza AM, Koch S, Rabensteiner AA. Inhospital delays to stroke thrombolytic: paradoxical effect of early arrival. *Neurup Res*. 2007;29(7):664-6.

Sagiv MJ, Cannon CP, Cormier SM, Sorica BM, Wilks RM. Delay in thrombolysis administration: causes of extended door-to-drug times and the asymptote effect. *J Emerg Med*. 1998;16(4):557-65.

Hill MD, Barber PA, Demchuk AM, Sevick RJ, Newcomer NJ, Green T, Buchan AM. Building a "brain attack" team to administer thrombolytic therapy for acute ischemic stroke. *CMAJ*. 30 mai 2000; 162(11):1589-93.

Gladstone DJ, Rodan LH, Salihi D, Lee L, Murray BJ, Ween JE, Perry JR, Chenkin J, Morrison LJ, Beck S, Black SE. A citywide prehospital protocol of increases access to stroke thrombolysis in Toronto. *Stroke*. Dec. 2009;40(12):3841-4.

Lindsay P, Bayley M, Hellings C, Hill M, Woodbury E, Phillips S. Canadian best practice recommendations for stroke care [mise à jour 2008]. *CMAJ*. 2008;179(12): doi:10.1503/cmaj.081482. www.cma.ca/cgi/content/full/179/12/S1

Black D, Lewis M, Monaghan B, Trypuc J. System change in healthcare: the Ontario Stroke Strategy. *Health Quarterly*. 2003;6(4):44-7.

<http://www.preventstroke.ca/fr/page/Section=Prevention&d=6>

<http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/Am/Pages/default.aspx>

Les examens des yeux permettent un dépistage précoce de la rétinopathie diabétique, marquée par la détérioration des vaisseaux sanguins de la rétine qui se mettent à couler ou par le développement d'anomalies de vaisseaux sanguins qui se mettent à saigner. Dépistée précocement, cette affection peut être traitée par chirurgie au laser. Autrement, la rétinopathie peut progresser vers la cécité.

10. Les examens des pieds permettant de mettre les problèmes en évidence de façon précoce et de déterminer les mesures préventives nécessaires ; chaussures spéciales ou soins des ongles, par exemple. En l'absence de telles mesures, des plaies de pression risquent de se développer et de conduire à une amputation.

11. Ferris, FL. How effective are treatments for diabetic retinopathy? *JAMA*. 1993;269(10):1290-1.

12. Litzelman et coll. Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1993;119(1):36-41.

13. McCabe et coll. Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. *Diabetes Database*; calculé par l'IRSS pour l'exercice financier 2008-2009.

14. Source : Register Persons Database. Base de données sur les congés des patients. Ontario Diabetes Database; calculé par l'IRSS pour l'exercice financier 2008-2009.

15. Datasource: CFS, 2008.

16. Ces résultats pourraient être exagérés, car il se peut que certains des répondants au sondage n'aient pas fourni de réponses exactes au sujet de leur dernier examen.

17. Cholesterol Treatment Trials (CTT) Collaborators, Kearney PM, Blackwell L, Collins R, Keech A, Simons J, Petro R, Armitage J, Baigent C. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*. 12 jan. 2008; 371(9607):117-25.

18. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Association canadienne du diabète. 2008. Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes*. 2008; 32 (suppl 1): S109. Selon les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète, les patients doivent maintenir un taux de cholestérol LDL (mauvais + cholestérol) inférieur à 2,0. La plupart des patients peuvent arriver à ce résultat en prenant une statine.

19. Rosen AB. Indications for and utilization of ACE inhibitors in older individuals with diabetes. Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999 to 2002. *J Gen Intern Med*. 21 avr. 2006;21(4):315-9. Selon les lignes directrices canadiennes, tous les patients diabétiques présentant un risque élevé de maladies cardiovasculaires, d'élévation de la tension artérielle ou de protéinurie devraient être traités par un ICA/ARA (reference précédente, pages S105, S116, S130). Selon l'étude de Rosen, de 92 à 100% des diabétiques entraient dans l'une ou l'autre de ces catégories.

20. http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/cdpmr/pdf/framework_full.pdf

21. McGowan P. (2005) Selfmanagement: a background paper. Communication présentée dans le cadre de New Perspectives International Conference on Patient Self Management, Victoria (C. B.). Long K, Stobie D, Ritter P, Laurent D, Hobbs M. Effect of self-management on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*. 2001;4(6):256-52. (incomplete in English).

22. <http://www.health.gov.on.ca/msld/7/2009/11/strategie-de-tutte-contre-la-diabete.pdf>

23. <http://www.infrastructureontario.ca/projets/IT/strategie-orientante-de-tutte-contre-la-diabete.html>

24. <http://www.ca-nsa.ca/NSA/2009/11/strategie-orientante-de-tutte-contre-la-diabete.html>

25. <http://www.ca-nsa.ca/files/NSA/2009/20090405%20April%202009%20April%2017-09.pdf>

26. <http://www.partnersforhealth.ca/content.aspx?ItemID=10681>

27. Vader MJ, Draizer MH. Clinical assessment of heart failure : history of symptoms, signs, and daily weights. *Heart Fail Clin*. 5 avr. 2009; 2(1):149-60.

28. VanSsuch M, Naessens JM, Strebel RJ, Huddleston JM, Williams AR. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalized patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations heart failure core measures reflect better care? *Qual Saf Health Care*. Dec. 2006; 15(6):414-7.

29. Ethogal S, Zemek R, Ducharme FM. Written action plan for asthma in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 juil. 2006; 3:CD005306.

30. Howlett DE, Cox JL. Heart failure clinics are associated with clinical benefit in both tertiary and community care settings: data from the Improving Cardiovascular Outcomes in Nova Scotia (ICON) registry. *Can J Cardiol*. 2009;25(9):e306-11.

31. American Geriatric Society (AGS) Panel on chronic pain in older persons. *JAGS* 1998; 46(5): 635-651. Consultable en ligne : www.aginggeriatrics.org/products/chronic_pain.pdf

32. Watson CP. The treatment of neuropathic pain: antidepressants and opioids. *Clin J Pain*. Jun 2000; 16(2 Suppl):S49-55.

33. Madsen MV, Gatzsche PC, Hróbjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. *BMJ*. 2009; 338:a3115. doi: 10.1136/bmja3115.

34. MSSLD <http://www.health.gov.on.ca/french/public/publ/chronic/chronic.html>

35. Système d'information sur les soins de longue durée. 2007-2008. Institut canadien d'information sur la santé.

36. Est considéré comme un client recevant des soins de longue durée à domicile tout client adulte ayant besoin de plus de 60 jours de service interrompu fournis par un CASC ou qui demande à être admis dans un foyer de soins de longue durée.

37. (OCASC, 2007).

38. Environ un tiers (30 %) des patients des CASC sont âgés de 19 à 64 ans et 17 % sont âgés de 18 ans et moins, la majorité des clients étant des patients âgés de 65 ans et plus (CASC, 2009). <http://www.caac-ont.ca/>

39. Environ le tiers des clients, soit 170 000, reçoivent des soins de longue durée, dans le cadre duquel ils font l'objet d'une évaluation RAI (instrument d'évaluation des résidents).

40. (CASIC, 2009) <http://www.caac-ont.ca>.

41. Chan BT, Ovens HJ. Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Can Fam Physician*. 2002 Oct;48:1654-60.

42. Base de données : Base de données sur les personnes inscrites, SNISS. Calculé par l'IRSS pour l'exercice financier 2008-2009.

43. Sont considérées comme des visites non urgentes celles qui correspondent aux niveaux 4 ou 5 selon la définition de l'Echelle canadienne de triage et de gravité. Les personnes ont été de nouveau renvoyées au service des urgences par la suite.

44. Hogenbirk JC et coll. Impact of telephone triage on medical service use : Implications for rural and remote areas. *J Agri Saf Health*. 2005;11(2):229-37. Hogenbirk, JC, Pong, RW. Telemedicine Journal and e-Health. 2004; 10(1):53-60.

45. Maheu L M et coll. Additional hospital stay and charges due to hospital-acquired infections in a neonatal intensive care unit. *J Hosp Infect*. 2001; 47(3):223-9.

46. Base de données sur les congés des patients. 2008-09, calculé par l'IRSS.

47. Parenti JJ et coll. Handwashing with an aqueous alcohol solution vs traditional surgical hand-scrubbing: a 30-day surgical site infection rates: A randomized equivalence study. *JAMA*. 2001; 288:722-7.

48. Gardam MA, Lemeun C, Reason P, van Dijk M, Goet V. Healthcare-associated infections as patient safety indicators. *Healthcare Papers*. 2009; 9(3):8-24.

49. http://www.healthsystemfacts.com/Client/OMA-HSF_LND_WebStation.nsf/page/Average+length+of+stay+Ontario+and+other+provinces+200607+large

50. Le taux d'Ontario semble être meilleur que celui du Québec, qui est de 0,8 (Données de surveillance des infections à Clostridium difficile dans les centres hospitaliers à Québec, Bulletin n° 19, août 2009). Les taux semblent aussi être plus bas au Royaume-Uni, soit 465 cas pour la période juillet-septembre 2009 <http://www.hso.org.uk/hpr/archives/2009/news489/htm/hsaepi>. Site consulté en décembre 2009. Il se pourra comprendre que nos taux soient effectivement différents.

51. En 2008, les hôpitaux de l'Ontario se sont dotés d'un plus grand nombre de praticiens de la lutte contre les infections. www.hso.org.ca/ontario/hsr/2008/09/26/c8793.htm#f1 (The file does not work.) Ces indicateurs ne représentent pas que les infections sanguines, qui ne constituent qu'une fraction minime du nombre total des infections. En effet, il y a aussi les infections osseuses, articulaires, cutanées, etc. Ainsi, les infections sanguines ne représentent que 5 % de l'ensemble des infections à Clostridium difficile (communication personnelle du Dr Michael Gardam, UHN).

52. http://www.healthsystemfacts.com/Client/OMA-HSF_LND_WebStation.nsf/page/Average+length+of+stay+Ontario+and+other+provinces+200607+large

53. Il faut préciser qu'il s'agit du nombre de jours au cours desquels les urgences ou les patients étaient branchés à un dispositif (ventilateur ou cathéter central).

54. Leeb K, Jokovic A, Sandhu M, Zinck G. Intensive care in Canada. *Healthcare Quarterly*. 2006;9(1):32-3.

55. Hospital Overwesel Medical Health system du Kentucky et l'University of Rochester Strong Health hospital (New York). (Site Web de l'IRH). <http://www.ih.org/IH/Topics/HealthcareAssociatedInfections/InfectionsGeneral/ImprovementStories/WhatZeroLooksLikeEliminatingHospitalAcquiredInfections>

56. (Inscrit le 27 octobre 2009). South Shore District Health Authority, Bridgewater, N.-É. – 14 mois; Palliser Health Region, Medicine Hat, Ab. – 20 mois; Hôpital St. Paul's, Saskatoon, Sask. – 10 mois. (Soins de santé plus sécuritaires – Maintenant 2007).

57. Au Michigan, 103 hôpitaux ont réduit les infections liées aux cathéters centraux, passant d'une moyenne de 2,7 à une moyenne de 0 par 1 000 jours-cathéter dans les trois mois qui ont suivi la mise en œuvre de plusieurs interventions ayant pour objectif la sécurité des patients. Pronovost P et coll. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006; 355:2725-32. (Incomplete reference in English).

58. Dodek P, Keenan S, Cook D, Heyland D et coll. Canadian Critical Care Society. Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Annals Intern Med*. 17 avr. 2004;141(4):305-13.

59. Mermel LA. Prevention of intravascular catheter-related infections. *Annals of Internal Medicine*. 7 mars 2000; 132(5):391-402.

60. Certains hôpitaux de l'Ontario, comme l'hôpital Memorial de Cambridge et l'hôpital de Markham-Stouffville ont atteint un taux de 100 % pour la prévention des infections du champ opératoire. http://patientsafetyontario.net/Reporting/EN_PSR_indicatorcomparison.aspx?hospitaleType=3&indic_type=7&hospital_id=4014&SetType=4&HLN=&Set=&pc=&idst=&str=& Certains hôpitaux américains [www.ihc.org/IH/Programs/Campaign/mentor_registry_ssl.htm](http://ihc.org/IH/Programs/Campaign/mentor_registry_ssl.htm). (The sentence seems incomplete).

61. Kress JP, Portman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med*. 18 mai 2000; 342(20):1471-7. www.saferhealthcarenow.ca/EN/news/strategies/default.aspx

62. www.saferhealthcarenow.ca/EN/news/strategies/Newsletter/Pages/Volume_N206%20Issue%201%20%20January%202010.aspx (This is not a valid link).

63. Carson SS, Stocking C, Podolack T et coll. Effects of organizational change in the medical intensive care unit of a teaching hospital: a comparison of "open" and "closed" formats. *JAMA*. 1996; 276:3228.

64. Geubel ELPE, Bakker HG, Houtman P, Van Noort-Klaassen MA, Peik MSJ, Sassen TM et coll. Promoting quality through surveillance of surgical site infections: Five prevention success stories. *Am J Infect Control*. 2004; 32:424-30.

65. Taylor GD, Buchanan-Chell M, Kirkland T, McKenzie M, Sutherland B, Wiens R. Reduction in surgical wound infection rates associated with reporting data to surgeons. *Can J Infect Dis*. 1994; 5:25-7.

66. Geubel ELPE, Bakker HG, Houtman P, Van Noort-Klaassen MA, Peik MSJ, Sassen TM et coll. Promoting quality through surveillance of surgical site infections: Five prevention success stories. *Am J Infect Control*. 2004; 32:424-30.

67. Taylor GD, Buchanan-Chell M, Kirkland T, McKenzie M, Sutherland B, Wiens R. Reduction in surgical wound infection rates associated with reporting data to surgeons. *Can J Infect Dis*. 1994; 5:25-7.

68. Rothe B. 2006. Reapportion of privileges improves physician adherence to hand hygiene. *Medscape Medical News*. www.medscape.com/viewarticle/564005 (Consulté le 10 février 2010).

69. Khan N, Brown GD, Hicks L. From a biome culture to a just culture in health care. *Health Care Manager Rev*. Oct-Dec. 2009; 34(4):312-22.

70. http://www.health.gov.ca/patient_safety/prof_hh/prof_resource.htm

71. Lavezzi vous les mains. Ministère de la Santé et des Services de longue durée de l'Ontario. 20-10-2009. 21-12-2009.

72. http://www.health.gov.on.ca/french/medial/news_released/archived_nr_081/dec_nr_2008/12/20.html (The link does not work).

73. www.planet.ahrq.gov/glossary.aspx

74. The Canadian Patient Safety Institute. 2003; p 39. Consultable en ligne : http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf

75. Ainsi, le taux de TVP ou d'embolies pulmonaires, en l'absence d'anticoagulants, est de 10 à 40 % après une intervention générale et de 40 à 60 % après une arthroplastie de la hanche. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA et coll. Prevention of venous thromboembolism. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*. 2004; 125:338-405.

76. Parmi les autres facteurs de risque, on peut citer les traumatismes, certains types de cancers, la chemothérapie et l'utilisation d'un cathéter veineux central ou d'un stimulateur cardiaque. Hert JA, Silverstein MD, Mohr DN, Peterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ. Risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based case-control study. *Archives of Internal Medicine*. 2000; 160(6):809-15.

77. Hert JA, Silverstein MD, Mohr DN et coll. Predictors of survival after deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based cohort study. *Arch Intern Med*. 1999; 159:445-53.

78. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA*. 2003;290:1868-74.

79. Prandoni P, Lensing AW, Cogo A et coll. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med*. 1996;125:1-7.

80. Base de données sur les congés des patients (ICIS, 2007).

81. Savitz LA, Jones CB, Bernard S. Quality indicators sensitive to nurse staffing in acute care settings. *Ter de: Advances in patient safety: New directions and alternative approaches. Volumes 1-4*. AHRQ Publication N 08-0034 (A-4). Jul 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Consultable à : www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/Savitz.pdf

82. BDOP, calculé par l'IRSS pour l'exercice financier 2008-2009.

83. Englobe les plaies de pression, les fractures dues aux chutes et les cas de pneumonie chez les patients hospitalisés pour une crise cardiaque, une insuffisance cardiaque, de l'asthme, des saignements gastro-intestinaux et un AVC.

84. Englobe les infections urinaires, les plaies de pression, les fractures dues aux chutes et les cas de pneumonie chez les patients hospitalisés pour une cholecystectomie, une hysterectomy ou une prostatectomie.

85. Englobe les infections (sepsis, endométrite, infection urinaire, infection de plâtre, saignement, rupture de l'utérus, éclampsie et autres incidents survenus chez les femmes durant le travail ou l'accouchement). *Hospital Reports* 2008. Outil en ligne : www.hospitalreport.ca/downloads/2008/acute_2008.html

86. Lockley SW, Barker LK, Avis NT, Rothschild JM, Czeisler CA, Landigan CP. Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. Nov 2007; 33(11 Suppl):71-8.

87. www.tgc.org/pdf/PrevDMTMed.pdf et Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, N° 4. Art. N: CD00258. DOI 10.1002/14651858.CD00258.pub2

88. Kane RL, Shamlyan TA, Mueller C, Duval S, Witt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care*. Déc. 2007; 45(12):1195-204.

89. The productive ward: Releasing time to care learning impact and review. National Health Service Institute for Innovation and Improvement, Coventry, England, 2010. Consultable en ligne : [www.nhsnihs.nhs.uk/images/documents/PWard_F20x20px_205summary.pdf](http://nhsnihs.nhs.uk/images/documents/PWard_F20x20px_205summary.pdf) (The file does not work).

90. Black D, Lewis M, Monaghan B, Trypuc J. System change in healthcare: the Illitano Stroke Strategy. *Hospital Quarterly* 2002; 6(4): 44-47.

91. Kleefeld SD, O'Sullivan MJ, Coffey CJ, Kirwan WO, Redmond HP. Provider volume and outcomes for oncological procedures. *Br J Surg*. Avril 2005;92(4):389-402.

92. Hahn EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Intern Med*. 17 sept. 2002;137(6):511-20.

93. Young EL, Rott PJ, Poloniecki JD, Loftus M, Thompson MM. Meta-analysis and systematic review of the relationship between surgeon volume, caseload and mortality for elective open abdominal aortic aneurysm repairs. *J Vasc Surg*. Dec 2007;46(6):287-94. Epub 24 oct. 2007.

94. Holt PJ, Poloniecki JD, Loftus M, Thompson MM. Meta-analysis and systematic review of the relationship between surgeon volume, caseload and mortality for elective open abdominal aortic aneurysm repairs. *J Vasc Surg*. Dec 2007;46(6):287-94. Epub 24 oct. 2007.

95. Englobe les infections urinaires, les infections de la peau, certaines infections de la cavité buccale, les infections de l'oreille et les infections de la tête. Genève, juin 2008. Consultable en ligne : www.hospitalreport.ca/downloads/acute_2008.html

96. Surgical Safety Checklist. Organisation mondiale de la santé. Genève, juin 2008. Consultable en ligne : www.who.int/patientsafety/safety-tools/resources/SSLC_Checklist_final08.pdf

97. Lindsay P, Bayley M, Helling C, Hillier EB, Waddington E, Phillips S. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2008). *JAMC*, 2008, 179(12).

98. Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S et coll. A prospective before-and-after trial of a medical emergency team. *Medical Journal of Australia*. 2003;179(6):283-7.

13 Notes en fin d'ouvrage

www.hc.ca/HIC/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm
http://www.health.gov.on.ca/fr/hews/release/2008/dec_nr_20081230.aspx
http://www.health.gov.on.ca/en/hews/release/2009/oct/patientsafety_1year_nr_20090922_120_2.pdf (The link does not work)
http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/about/faqs/pages/default.aspx
Gurwitz et coll. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *Am J Med*. 2005; 118(3):251-8.

Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Potentially inappropriate medications for the elderly according to the revised Beers criteria. *Arch Intern Med*. 2003;163: 2716-24.

Zhan C, Sangi J, Bierman AS, Miller MR, Friedman B, Wickizer SW, Meyer GS. Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly: findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA*. 2001; 286(22):2823-9.

Population au 1^{er} juillet. Statistique Canada, CANSIM, tableau 051-0001.

Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall CM. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med*. 2009; 360(3):225-35.

Onyett SS. The benzodiazepine withdrawal syndrome and its management. *J R Coll Gen Pract*. 1989 April; 39(321):1160-163.

Zec RF, Burkert NR. Non-pharmacological and pharmacological treatment of the cognitive and behavioral symptoms of Alzheimer disease. *NeuroRehabilitation* 2008; 23(5):425-38.

Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. Mai 2005; 18(3):249-55.

Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, Reiter SR, Meltzer-Brody S, Rosenbaum JM. Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1993; 150:1485-90.

Lader M, Tylee A, Donoghue J. Withdrawal benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs*. 2009; 23(1):119-34.

Dene C, Fattalas M, Lavis E, Aunacombre M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 Jul 2006; 3:CD005194.

Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: A systematic review of the precept concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997; 157(4):409-16.

http://www.health.gov.on.ca/cis/medscheck/franc.asp/index.html
www.health.gov.on.ca/english/providers/program/drugs/pojo/excise_office/20090113.2.pdf
www.dhn.ca/news/MOHmedicationforadults.pdf

Suberstern et coll. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1994;121:442-51.

Feng et coll. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(10):1110-8.

Evans D, Wood J, Lambert L. Robert injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2003; 41(3):274-82.

Bowers DM. Closing the door on wanderers. *J Health Prot Manage*. Hiver 1998-1999;15(1):109-17. (The incomplete reference was replaced by the reference given by PubMed)

Sharkie S. Des femmes et des hommes au service des autres. Rapport de l'Examen indépendant des normes en matière de soins et de déontisation en personnel pour les foyers de soins de longue durée en Ontario, mai 2008.

Camp CJ, Burant CJ, Graham GG. The Intermittent System™: Overcoming Language Barriers in Long-Term Care. *Gerontologist* 1996; 36(6): 82-4.

Woods DL, Diamond M. The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. *Behav Res Nurs*. 2002; 4(2):104-14. Stevenson S. Heading off violence with verbal deescalation. *J Psychosoc Nurs and Mental Health Serv*. 1991; 29(9): 6-10. (CASC, 2009) http://www.ccoa-ont.ca/Home.aspx?LanguageID=2

Cooper C, Balanurall TB, Sewell A, Livingston G. A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(3):181-8.

Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto, 2005. http://www.mnhc.org/Storage/24/1874_BPG_Falls - Final - FRENCH - Dec 2006.pdf

Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 avr 2009;(2):CD007146.

www.acic.ulaval.ca/documents/Bulletin13.Feb09.pdf

Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Potentially inappropriate medications for the elderly according to the revised Beers criteria. *Arch Intern Med*. 2003; 163:2716-24.

Sewell A, Cooper C, Owings C, Blanchard M, Livingston G. What would help me stop abusing? The family carer's perspective. *Int Psychogeriatr*. 2009; 21(2):309-13.

BDP et NACRS, calculé par l'RSSS, exercice financier 2008-2009.

Maribeth MK, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign. *Nurs Clin North Am*. Jun 2000;35(2):375-83.

Hudcova J, McNicoll E, Quah C, Lau J, Carr DB. Patient controlled opioid analgesia versus conventional opioid analgesia for postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev*. Oct 2006;18(4):CD003348.

Bertakis KD. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract*. 1977;5:217-22.

www.millionhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checklist1/Eliminating_Racial_Ethnic_Health_Disparities_A_Business_Case_Update_for_Employers.pdf

http://www.cars.ca/ontlup/pdf

http://secure.CIS.ca/CISWeb/en/downloads/pdf_ofr_ATV_hospitalizations_dec2003_e.pdf

Krueger PM and Chang W. Being poor and coping with stress: health behaviors and the risk of death. *Am J Public Health*. Mai 2008; 98(5):889-896

Tsourtsos G and Dwyer L. Stress, stress management, smoking prevalence and quit rates in a disadvantaged area: has anything changed? *Health Promot J Austr*. Avril 2008; 19(1):40-44.

Orpana HM, Lemire L and Gravel R. Revue et débat psychologique : le rôle de l'environnement social. Statistique Canada. Disponible à : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003x/2009001/article/10772/fra.htm

Stillman FA, Bone L, Avila-Tang E, Smith K et coll. Barriers to Smoking Cessation in Inner-City African American Young Adults. *Am J Public Health*. Août 2007; 97(8):1405-1408.

Stead M, MacAkill S, MacKintosh AM, Reece J and Eade D. « It's as if you're locked in - qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health Place*. Dec. 2001; 7(4): 333-343.

The Power to Reduce Health Disparities: Voices from REACH Communities. Atlanta - U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention; 2007. Disponible à : http://www.cdc.gov/reach/pdf/voices/100107.pdf

http://www.nhmc.org/pdf/HealthDisparitiesLink.pdf

Hwang RW, Hamdon JH. The business case for patient safety. *Orthop Relat Res*. Avril 2007; 45:21-34.

Brill RJ, Sparling KW, Lake MR, Blucher J, Myers SS, Clark MD, Hepling A, Stuffer ME. The business case for preventing ventilator-associated pneumonia - pediatric intensive care unit patients. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. Nov 2008; 34(11):629-38.

Kakellis GC Jr, Frantz RA, Lewis A, Harvey P. Cost-effectiveness of an intensive pressure ulcer prevention protocol in long-term care. *Adv Wound Care*. Jan/Fev. 1998; 11(1):122-9.

Burton J. The business Case for a Healthy Workplace. Industrial Accident Prevention Association. Disponible à : www.iapa.ca/pdf/fd_business_case_health_workplace.pdf

L'Ontario a établi une définition normalisée pour les ANS qui est utilisée dans ce rapport. www.cancercare.on.ca/

Revue des études de l'OHSA sur les ANS. Octobre 2009.

Access to and barriers of access to the soins communautaires de l'Ontario. http://www.ccoa-ont.ca/.

Hirdes et coll. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe). Nouveau système d'aide à la décision pour allouer les ressources relatives aux soins à domicile. *BMC Medicine* 2008; 6:9.

Alternate Level of Care in Canada. ICIS, 2009. http://secure.CIS.ca/CISWeb/dispPage.jsp?coll_page=PG_1751_E&coll_topic=1751&coll_rel=AR_2610_E.

http://www.ccoa-ont.ca/Upload/lth/General/GSN-Brochure.pdf

Hirdes JP, Poss JM, Curtin-Telegdi N. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe) : Nouveau système d'aide à la décision pour allouer les ressources relatives aux soins à domicile. *BMC Medicine* 2008; 6:9 doi:10.1186/1741-7015-6-9. http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/9

http://www.mississaugeshaworth.on.ca/WorArea/entkrt.aspx?lnkIdentifier=eKfm&itemID=4656

http://www.ccoa-ont.ca/News.aspx?EnterpriseID=6&MenuID=104&LanguageID=1

http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ttc/13_housing.html

http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ttc/13_housing.html#6

http://www.contrinage.ca/alberta.ca/

Continuing Care Strategy : Aging in the Right Place. Alberta Health and Wellness. Décembre 2008 http://www.health.alberta.ca/documents/Continuing-Care-Strategy-2008.pdf

Données fournies par la Chinook Health Region.

Yuan et coll. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery. *Can J Anaesth* 2006;53: 2646.

Schenk et coll. The value of routine pre-operative medical testing before cataract surgery. *NEJM* 2000; 342(13):168-75.

Imasoge et coll. Elimination of routine testing in patients undergoing cataract surgery allows for substantial savings in laboratory costs. *Brief rapport*. *Can J Anesth* 2003; 50:246-8.

En Ontario, exercice financier 2008-2009 (RSSS, 2009).

L'hypertension artérielle sans complication est définie comme une hypertension sans diabète, insuffisance rénale, coronaropathie, accident vasculaire cérébral, migraine ni insuffisance hépatique, pour laquelle d'autres médicaments seraient plus appropriés. Selon les lignes directrices, le cas échéant, les médicaments appropriés sont les thiazidiques. Référence : Comité consultatif des guides de pratique clinique. Sommaire des lignes directrices recommandées - Hypertension : Gestion pharmacologique. Référence n° 241. Septembre 2005. Disponible à : http://www.gacma.ca/cse/GAC_120.pdf/HYPE05-Pharmacologic_Management.pdf?OID=8414252&CFTOKEN=57537939.

Calculé par l'RSSS à l'aide de la Base de données sur les personnes inscrites, Ontario Diabetes Database, Ontario Drug Benefits Database, Base de données sur les congés des patients, Banque de données de l'Assurance-santé de l'Ontario.

Arnold et coll. Canadian Cardiovascular Society consensus conference recommendations on heart failure 2006: Diagnosis and management. *Can J Cardiol* 2011.

http://ebm.ox.ac.uk/master.org/ebmresources/CDACN20Handout%202008.doc

http://www.caadth.ca/media/symposium_pdfs/cadth_symposium06.ppt. Allen.pdf

Visitez aussi : Ca peut plus de déontisation. <http://www.caadth.ca/cadth2007/etiquette4afrfa.htm>

Ericsson D, Björnberg A. eHealth in Canada: Health Consumer Index 2009. Policy series 61, Frontier Centre for Health and Social Research and Health Consumer Powerhouse. ISSN 1491-78. www.healthpowerhouse.com/files/9405-25-eHealth-Canada%20Health%20Consumer%20Index%202009%20FINAL11.pdf

Pederson et Leonard. Measuring information technology investment among Canadian Academic Health Science Centres. *Electronic Healthcare* 2005; 3(3):94-102. eHealth-Health systems facts and figures. Ontario Hospital Association. http://www.healthsystemfacts.com/client/cha/htf_ip4w_Ind_widestation.htm?page=ehHealth

Inforoute Santé du Canada. <http://www.inforoute-sante.ca/longfr/longfr.htm>

Sondage national des médecins. 2007. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, in ObservateurQ. 2009, p. 127.

Le premier programme de TI pour les soins primaires en Ontario a permis de subventionner des 2008 3 300 médecins en soins primaires pour qu'ils se dotent d'un DME. Ces médecins utilisent aujourd'hui activement les DME pour rédiger leurs ordonnances, éviter les contre-indications médicamenteuses, recevoir les résultats des laboratoires et gérer les soins préventifs et les maladies chroniques. Comme ces DME ont été utilisés avec succès pour améliorer la prestation des soins de santé, une nouvelle subvention a été déblocée à l'intention de 5 700 médecins de famille et spécialistes. En 2012, parmi les 1100 médecins de famille qui compte l'Ontario selon les estimations, 7 900 (72 %) auront toutes une subvention pour créer un DME.

En Australie, en vertu du plan national des cyberseances de santé, tous les Australiens auront un identifiant individuel. Healthcare Identifier (HI) pour améliorer la communication entre les professionnels de la santé participant au traitement des patients. Toutefois, aucun patient ne sera obligé de s'en servir pour avoir accès à des services de santé (Australian Health Ministers' Conference, juillet 2009).

Scott JT, Rundall TG, Vogt TM, Hsu J, Kaiser Permanente à l'expérience de l'implémentation d'un système électronique de santé pour la qualité: une étude qualitative. *BMJ* 2005; 331:1313-1316.

Simon SR, Kaushal R, Cleary PD, et coll. Correlates of electronic health record adoption in office practices: a statewide survey. *J Am Med Inform Assoc* 2007; 14:110-117.

Miller RH, Sim I. Physicians' use of electronic medical records: barriers and solutions. *Health Aff (Millwood)*. Mars-Avril 2004; 23(2):116-26.

Seguist TD, Cutler T, Hays T, Hawsls MM, Simon SR, Bates DW. Implementation and use of an electronic health record within the Indian Health Service. *J Am Med Inform Assoc* 2007; 14:191-197.

www.albertanetcare.ca/20Brochure.pdf

www.e-health-insider.com/Features/item/cd001-198

https://www.oma.org/icom/omv/nov/09EMR.asp

http://www.infrastructureontario.ca/en/projects/T1/profile.asp

http://www.ehealthontario.ca/FR/programs/ePrescribing.asp

http://www.ehealthontario.ca/News/2009/Jul/15_2009.asp

http://www.health.gov.on.ca/transformation/wat_times.providers/reports/wt_update_20090416.pdf

http://www.oha.ca/CurrentIssues/Issues/Alternate%20Level%20of%20Care/Lisa%20Sandfield%20Remy%20Kaur%20Handouts.pdf

http://www.ehealthontario.ca/FR/programs/dpv.asp

Elpern EH, Rutter M. Improving outcomes: focus on workplace issues. *Curr Opin Crit Care*. 2006; 12(5):395-8.

Rossberg J, Melle I, Ooopsdmoen S, Fris S. The relationship between staff members' working conditions and patients' perceptions of the treatment environment. *International Journal of Social Psychiatry*. 2008; 54(5):437-46.

En 2008, l'Ontario comptait 559 234 travailleurs de la santé et de l'assistance sociale. En 2008, 5 704 709 personnes étaient employées en Ontario (Statistique Canada, Annuaire du Canada 2009, p. 36).

ObservateurQ , 2009, p. 121.

http://ocmeds.ontariojournals.org/cgi/reprint/kgn026.pdf

D'après une enquête 2009 du Fonds du Commonwealth et la réponse à la question < Comment débrouiller par semaine travaillez-vous en général ? Parmi les médecins de l'Ontario, 65 % ont répondu qu'ils travaillent au moins 40 heures par semaine, nombre d'heures comparables à celui donné par les médecins des Pays-Bas (59 %), de la Nouvelle-Zélande (62 %) et de la Norvège (61 %). Fonds du Commonwealth, 2009.

http://www.dca.gov/docs/drivs/publications/backin.pdf

Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. Occupational Safety and Health Administration, Washington. Publication 3148-01R. (2004).

www.achvbc.ca/media/WkBook.pdf

http://www.labour.gov.on.ca/french/hs_sawo/sectorplans/2009/health/healthcare_3.php

http://www.osach.ca/news/Whatsnew.shtml

http://www.healthinfointeractive.ca/upload/en/whatsinfo/hwe%20Innovation%20fund/grant%20proposal%202009-09-e.pdf

http://www.oha.gov.on.ca/longfr/longfr.htm

A Survey of Primary Care Physicians in 11 Countries. 2009. Fonds du Commonwealth. Seule la France a signalé moins de travail en équipe dans les cabinets de médecine familiale que l'Ontario et le Canada. En effet, 51 % et 59 % de cabinets exercent en équipe, tandis que le R-U et la Suisse affichent le taux le plus élevé de travail en équipe (98 %).

Les équipes de santé familiale : Verser plus d'accès aux soins primaires. Ministère de la Santé et des Services de longue durée de l'Ontario. 27-10-2009.

Cliniques dirigées par des infirmières ou infirmiers praticiens. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 8-6-2009.

Kripalani et coll. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007; 297(8): 831-41.

BTB Chan, MJ Schull, SE Schultz. *Atlas Reports: Emergency Services in Ontario from 1993 to 2000*. Institut de recherche en services de santé (Toronto). 2001.

BDCP, calculé par l'RSS pour l'exercice financier 2008-2009.

BTB Chan, PC Austin, Patient, Physician and Community Factors Affecting Referrals to Specialists in Ontario, Canada: A Population-Based, Multi-Level Modelling Approach. *Medical Care* 2003; 41(4): 500-511.

Objectif recommandé par la Fondation des maladies du cœur. Teitel et coll. Evidence-based review of stroke rehabilitation. Fondation des maladies du cœur, 2003.

Taylor DM, Cameron PA. Discharge instructions for emergency department patients: what should we provide? *J Acad Emerg Med*. Mars 2000; 17 (2): 86-90.

Yu KT, Green RA. Critical aspects of emergency department documentation and communication. *Emerg Med Clin North Am*. 2009; 27(4): 641-54.

Bertakis KD. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract*. 1977; 5: 217-22.

Kripalani S, Franklin E, Phillips CO, Williams MW, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 2007; 297(8): 831-841.

C. Van Walraven, A. Lauprêtre, R. Seth and G. Wells. Dictated versus database-generated discharge summaries: a randomized clinical trial. *CMAJ* 1999; 160 (3): 319-326.

US Dept of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: A report of the surgeon General*. Center for Disease Control and Prevention. 2004. Consulté en novembre 2009 à http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004.

Ministère de la Promotion de la Santé. Un Ontario sans fumée. Consulté en novembre 2009 à http://www.mpp.gov.on.ca/what_we/do/make_free_ontario/strategy.asp.

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective*. 2007. Washington, DC: AICR.

NHL Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. Bethesda, Maryland. septembre 1998. NHL publication no. 98-4083. Consulté en novembre 2009 à http://www.ncbi.nlm.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdins.pdf.

Warburton et coll. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2009; 170(10): 1250-6.

Holmes MD, Chen WY, Hankinson SE, Willett WC. Physical activity's impact on the reduction of fat and fiber intake with survival after breast cancer. *J Epidemiol*. Novembre 2009; 170(10): 1250-6.

Lock et coll. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bulletin de l'organisation mondiale de la Santé*. 2009; 87(1): 106-8.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Health risks and benefits of alcohol consumption*. Alcohol Research & Health. 2000; 24(1). Consultable à http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh/24/1/05_11.pdf.

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective*. 2007. Washington, DC: AICR.

Rodgers et coll. Alcohol and stroke, a case control study of drinking habits past and present. *Stroke* 1993; 24(10): 1473-7. Risk and Ergene Alcohol and acute myocardial infarction. *J Intern Med Res*. 2007; 35(1): 46-51.

En Colombie-Britannique, 14 % seulement de la population dit fumer. Avec 17 %, l'Ontario se situe sous la moyenne nationale.

WE ACTIVE 2010 - Stratégie ontarienne de promotion du sport et de l'activité physique. Ministère de la Promotion de la santé. Août 2005. ISBN 0-7794-0873-3. <http://www.active2010.ca/Documents/active2010-strategy.pdf>.

En Colombie-Britannique 41 % de la population dit être active physiquement et 58 % disent ne pas manger suffisamment de fruits et de légumes. L'Ontario se classe dernière la Colombie-Britannique pour ce qui est du nombre de personnes obèses. <http://www.thehealthylibrary.com/CDC+Promising+practices+encourage+healthy+behavior-000214405888>.

Strong et coll. Evidence Based Physical Activity for School-age Youth. *The Journal of Pediatrics*. 2005; 146 (5): 732-737.

<http://www.oms.org/media/news/pr/00119.asp>.

http://www.canada.ca/health/food+labeling+laws+influencing+consumers+city+repo_rtu-2150670/story.html.

<https://www.eatrightontario.ca/fr/Default.aspx>.

http://www.health.gov.ca/english/public/updates/archives_hu/04/tobacco/tobacco_compendium.html.

http://www.santeontario.ca/newsitemdetails.aspx?newsitem_id=1470.

http://www.mhp.gov.ca/english/after_school/resources/physicalactivity.asp.

Association of Public Health Epidemiologists in Ontario. 2005.

U. G. Das et G. D. Systm. *Abnormal Fetal Growth: Intrauterine Growth Retardation, Small for Gestational Age, Large for Gestational Age*. *Pediatric Clinics of North America* 51, 3 (2004) pp. 639-654.

O'Keefe M.J., O'Callaghan M., Williams G.M., Namara J.M., & Bor W. Learning, cognitive, and attentional problems in adolescents born small for gestational age. *Pediatrics* 112, 301-307 (2003). Lundgren, E.M., Chaittingus, S., Jonsson, B., & Tuverio, T. Intellectual and psychological performance in males born small for gestational age with and without catch-up growth. *Pediatric Research* 50, 91-96 (2001).

Larroque B, Bertrand S, Czernichow P, & Leger J. School difficulties in 20-year-olds who were born small for gestational age at term in a regional cohort study. *Pediatrics* 108, 111-115 (2001).

Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, & Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet* 2, 577-580 (1989).

Hales C.N., Barker D.J., Clark P.M., Cox L.J., Fall C., Cosmond C., & Winter PD. Fetal and infant growth and impaired glucose tolerance at age 64. *BMJ* 303, 1019-1022 (1991).

D. J. Barker. *Fetal Nutrition and Cardiovascular Disease in Later Life*. *British Medical Bulletin* 53, 1 (1997); pp. 96-108.

Colle C, Ilagadom J, Kim C, et coll. Criteria for determining disability in infants and children: low birth weight. Evidence report/technology assessment no. 70. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. Matsuo R. *The health consequences of low birth weight: literature review and critique*. UCL working paper no. 23. Louvain-la-Neuve, Belgique : Université catholique de Louvain, 2005.

Du 1er juillet 2007 au 30 juin 2008, il a eu 1 362 217 naissances en Ontario (Statistique Canada, Annuaire du Canada 2009).

Collège des médecins de famille du Canada. *Infant feeding policy statement*. 2004. Toronto, ON: Collège des médecins de famille du Canada. 2004. Consulté en décembre 2009 à http://www.cpcp.ca/local/files/Communication/Actions/Health/Policy/Final_Infant_Feeding_Policy_Statement.pdf.

Société canadienne de pédiatrie. *Déficiences de Canada : Santé Canada. Benefits of breastfeeding to infants in Canada*. In: *Nutrition for healthy term infants*. Ottawa, ON : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2005.

Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breast feeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2006; 84(5): 1043-1054.

Newcomb P.A. et coll. 1994 Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *The New England Journal of Medicine* 330(2): 81-87. P. Byers T, et coll. Lactation and breast cancer: evidence for a negative association in premenopausal females. *American Journal of Epidemiology* Vol 121, pp.664-74, 1985. Simard V, et coll. Breast cancer and breastfeeding: a meta-analysis from 10 case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, Vol 121, pp.229-36, 1985.

Brock J, Sennett R. *Screening, and Case Report of the Royal College of Physicians for Child Health* (Situ of the Uterine Cervix in Sydney). *Medical Journal of Australia*. 1989; 151: 87-90.

Statistique Canada. 2008. <http://www40.statcan.gc.ca/01/cst01/health21/a-fra.htm>. Organisation de développement et de coopération économiques (OCDE). 2007. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?IndexId=1024905>.

Certaines séries ne sont pas déclarées, car les nourrissons n'avaient pas la déclaration de leur naissance, et parce qu'en Ontario la famille doit payer des frais pour déclarer un décès. <http://www.strichaelhospital.com/pdf/crich/summer2008/obitension.pdf>. En Ontario, pour 25 % des décès de nourrissons, il n'y a pas de déclaration de naissance correspondante, Statistique Canada, 2003 <http://cansim2.statcan.gc.ca/cv-wm/cansimc.exe?Lang=E&RootDir=01/8ResultTemplate=01/01...&Array.Pick=1&ArrayId=1024905>.

Organisation mondiale de la santé. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/index.html>. Consulté en novembre 2009.

En Colombie-Britannique, 36 % des femmes allaitent encore exclusivement pendant 6 mois (CCHS, 2008).

<http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health/infant-mortality-rate.aspx#pays>.

J Simye, P Adomako. *Indigenous Children's Health Report: Health Assessment in Action*. Centre for Research on Inner City Health, St. Michael's Hospital, Toronto. http://www.strichaelhospital.com/crich/indigenous_childrens_health_report.php.

<http://www.ikhc.ca/ikhc/health/prenatal.html>.

<http://www.youthentre.ca/home.php>.

http://www.northwestchc.org/downloads/CHC_2009_09_Programs.pdf.

<http://www.northwestchc.org/mobile/unit.htm>.

<http://www.izac-aspic.gc.ca/izac/aspic/programs-mes.popc.acceuil-fra.php>.

Brutton C, Willcockson K, et coll. Support for Breastfeeding Mothers. Review. The Cochrane Collaboration. 2009 Issue 4.

<http://www.who.int/csr/resources/policies/PregnancyPolicyFRENCH/>.

<http://www.health.gov.ca/fr/crich/public/contact/plut/philicct.htm>.

Wong T, Singh J, Mann J, Hansen L, McMahon S. Gender differences in bacterial STIs in Canada. *BMC Women's Health*. 2004; 4(Suppl 1): 526.

http://www.cancer.gov/cancerTopics/types/ADS_Schulz_TF_Cancer_and_viral_infections_in_immunocompromised_individuals. Int J Cancer. 15 octobre 2009; 125(8): 1755-63.

Lipton SA. AIDS-related dementia and calcium homeostasis. *Ann NY Acad Sci*. 15 déc 1994; 747: 205-24.

Paranthyroid S, Broughton H, Adappa R, Fone D. *Teenage pregnancy: who suffers?* *Arch Dis Child*. 2009; 94(3): 294-5.

Kearney MS, Levine PB. *Socio-economic disadvantage and early childbearing*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. 2007. Consulté en novembre 2009 à <http://www.nber.org/papers/w13456.pdf>. Luong, M. *Life after teenage motherhood. Perspectives on Labour and Income*. Vol 2004; 20(4): 1-13. Consulté en novembre 2009 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2008/015/01/13757.htm>.

McLennan W, Fleming N, Demmick K, Rhoads GG, Walker M. *Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population-based retrospective cohort study*. *Int J Epidemiol*. Avril 2006; 35(1): 365-73.

Wellings K. *Causes and consequences of teenage pregnancy*. In: Baker P, Guthrie K, Hutchinson C, Kane R, Wellings K, eds. *Teenage pregnancy and reproductive health*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007. p. 70.

Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires*. 2005. <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/2005/40952524.htm>.

www.izac-aspic.gc.ca/izac/aspic/outline/teen-pregnancy-prevention.html

L'Ontario est en équation avec le territoire de l'États-Unis et le Labrador en ce qui concerne le taux de grossesse chez les adolescentes, ce qui représente le troisième taux du pays. Le taux le plus faible revient à l'PE, avec un taux de 19,3 %. Avec 29,2 %, l'Ontario a un taux inférieur à la moyenne nationale. <http://www.izac-aspic.gc.ca/izac/aspic/outline/teen-pregnancy-prevention.html>.

Kirby D, R. F. Barth, N. Lekanid, and J. Vetro. *Reducing the Risk: Impact of a New Curriculum on Sexual Risk-Taking, Family Planning Perspectives* 23 (1) (1991), pp. 253-263.

<http://www.cdc.gov/wk/wk/mm519.pdf?pagemode=bookmarks&page=4>.

<http://www.cdc.gov/hcp/dvp/DatingViolence.htm>.

<http://library.ca.gov/crb/crbis/reports/9403/94-03.pdf>.

http://www.health.gov.ca/csr/physicallife/oph_standards/ophs/progsids/pds_opis_2008.pdf.

MSLDL HIN1 en Ontario, 2009.

Rivett et al. *Vaccines for preventing influenza in the elderly*. *Cochrane Database Syst Rev* juillet 2006; 3(CD004876).

Mandel et coll. *Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood*. *NEJM* 1993; 328(19): 1365-71.

Humphrey et coll. *Breast cancer screening: A summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force*. *Annals of Internal Medicine*. 2002; 137(5 Part 1): 347-60.

Brown J, Jones B. *2002 clinical guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada*. *CMAJ* 2002; 167(901): 100. Consultable en ligne à <http://www.cma.ca/cg/reprint/167/10/suppl/1>.

En janvier 2007, le gouvernement de l'Ontario, en collaboration avec Action Cancer Ontario, a lancé ContrôleCancerColorectal - le premier programme provincial canadien de dépistage du cancer colorectal sur la population. Le but de ce programme est de réduire la mortalité due au cancer colorectal grâce au dépistage et au traitement précoce. Pour plus de renseignements, consulter http://www.health.gov.ca/csr/ms/colorectalcheck/docs/fact_sheets/fact_sheet_French.pdf.

Action Cancer Ontario, Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 2008-2011. Consultable en ligne à <http://fr.cancercare.ca/cancms/One.aspx?portald=15157&pageid=15293> (consulté le 3 mars 2009).

Norwest Community Health Centre Mobile unit <http://www.northwestchc.org/mobile/unit.htm>.

<http://www.health.gov.ca/csr/physicallife/unit/women/obspf.html>.

<http://www.mediexchange.com/Mammography/new-mobile-mammography-unit-offers-first-ever-access-to-free-breast-cancer-screening-exams.html>.

<http://fr.cancercare.ca/ms/cancercheck/>.

Auster J, Barfield C, Forbes L, Atkins L, Martin F, Robb K, Wandle J, Ramirez AJ. *Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review*. *Br J Cancer*. 3 déc 2009; 101 Suppl 2:S3-9.

<http://www.health.gov.ca/csr/ms/coloncancercheck/>.

http://www.opatoday.com/documents/ccc_keyfeatures.pdf.

<http://mohaps.net/FR/>.

<http://fr.cancercare.ca/ms/cancercheck/tpvaccination/>.

Stratégie ontarienne de prévention des traumatismes : Travail long ensemble pour un Ontario plus en meilleure santé. Ministère de la Promotion de la Santé, Toronto, 2007. ISBN: 978-0-249-4237-3. <http://www.mhp.gov.ca/csr/injury/prevention/strategy.pdf>.

Stack S. *Media coverage as a risk factor in suicide*. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 57(4): 238-40.

Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J et coll. *Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future*. *Ann Gen Psychiatry*. Mars 2007; 6: 10.

Aux Etats-Unis, 60 pour 100 000 (http://www.wrongdiagnosis.com/Jung_cancer/prevalence.htm), au Royaume-Uni, 64,4 et en Europe, 60 (http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/jung_incidence/). Les codes ICD-10 sont nécessaires pour confirmer la comparabilité.

<http://www.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000024.P0000024.asp#pageid=02000000000000000000>.

<http://www.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000024.P0000024.asp#pageid=02000000000000000000>.

Nepon J, Foth S, Katz LY, Sareen J. *Media Guidelines for Reporting Suicide*. Canadian Psychiatric Association Policy Paper. 2009.

BTB Chan. *The declining comprehensiveness of primary care in Ontario*. *Canadian Medical Association Journal* 2002; 166(4): 429-434.

14 Remerciements

L'élaboration de ce rapport a été dirigée par une équipe scientifique du Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) et de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) composée de Ben Chan (COQSS), Imtiaz Daniel, Geoff Anderson (IRSS), Anjali Misra (IRSS), Rebecca Comrie (IRSS) et Alice Newman (IRSS), ainsi que par une équipe de gestion du projet / recherche/ de communication du COQSS comprenant Michelle Rey, Jiayan (Maggie) Chen, Susan Brien, Natalie Ceccato, Libo Wu, James Mullen, Kerry Vincent, Angie Heydon, Andrée Mitchell, Céline St-Louis et Nilam Kassam.

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé tient à remercier les nombreuses personnes qui ont collaboré à la préparation de ce rapport, notamment :

- Le Conseil consultatif sur la mesure du rendement du COQSS, groupe de recherche et d'évaluation composé d'experts des quatre coins de la province, qui nous a conseillés sur la sélection des indicateurs : Arlene Bierman (présidente), Geoff Anderson, Sten Ardal, Suzanne Dionne, Alan Forster, Bob Gardner, Gillian Hawker, Nizar Ladak, Cameron Mustard, Janice Owen, Raymond Pong, Walter Rosser, Carol Sawka, Mike Sharratt, Kaveh Shojania, Sam Shortt, Eugene Wen et Michael Wolfson.
- Le Comité d'examen du rendement par les pairs du COQSS, groupe de recherche et d'évaluation composé d'experts des quatre coins de la province, qui nous a conseillés sur tous les aspects de la recherche et de l'analyse quantitatives : Geoff Anderson, Sten Ardal, Michael Baker, Arlene Bierman, Patti Boucher, Susan Bronskill, Suzanne Dionne, Dons Doidge, Katya Duvalko, Alan Forster, Brian Forster, Michael Gardam, Bob Gardner, Andrea Grunier, Simon Hagens, Gillian Hawker, Sylvia Hyland, Steven Isaac, Anthony Jonker, Brad Keeler, Nizar Ladak, Heather Manson, Ian McKillop, Michael Murray, Cameron Mustard, Howard Ovens, Janice Owen, Raymond Pong, Jeff Poss, Lou Reidel, Margaret Ringland, Paula Rochon, Walter Rosser, Ruth Sanderson, Carol Sawka, Rolf Sebaldt, Mike Sharratt, Kaveh Shojania, Sam Shortt, Joseline Sikorski, Gary Teare, Jack Tu, Eugene Wen, Walter Wodchis et Michael Wolfson.
- Les organismes suivants qui ont fourni des études ou des données pour le rapport : Institut canadien d'information sur la santé, Action Cancer Ontario, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Fonds du Commonwealth, HIMSS Analytics, Hospital Report Research Collaborative, NRC Pickering, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Ontario Hospital Association, Ontario Physician Human Resources Data Centre, Ontario Public Health Laboratories, Réseau Télémédecine Ontario, Organisation de coopération et de développement économiques, Statistique Canada, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.
- Les dirigeants et le personnel des organismes suivants qui ont fourni des renseignements pour les études de cas : Équipe de santé familiale du district d'Athens, la division des services et des foyers de soins de longue durée de la ville de Toronto, Hôpital Credit Valley, Huron Perth Healthcare Alliance, Équipe de santé familiale New Vision, Hôpital général de North York, Oakville-Trafalgar Memorial Hospital, Thunder Bay Mental Health Case Management Intake Collaboration, Centre de santé Trillium et Hôpital régional de Windsor.
- Le personnel des nombreuses divisions et directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui a fourni les données et les renseignements généraux et vérifié les faits.
- Heather McConnell, Alison MacAlpine et Barbara Selkirk qui ont participé en partie à la rédaction du rapport.

15

Membres du Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Conseil d'administration

Lyn McLeod (Newmarket)	Présidente du conseil
Victoria Grant (Stouffville)	Vice-présidente du Conseil Membre, Comité de gestion et des ressources
Laura Talbot-Allan (Kingston)	Présidente, Comité de la vérification et des ressources Présidente, Comité de gouvernance et de nomination
Shaun Devine (Waterloo)	Président, Comité de gestion et des ressources Vice-président, Comité de la vérification et des ressources Membre, Comité de gouvernance et de nomination
Andy Molino (Ottawa)	Membre, Comité de la vérification et des ressources
Janice Owen (Ilderton)	Membre, Comité de gouvernance et de nomination
Arlene Bierman (Toronto)	Présidente, Conseil consultatif sur la mesure du rendement
André Hurtubise (New Liskeard)	Membre, Comité de gouvernance et de nomination
Faith Donald (Toronto)	Membre, Comité de la vérification et des ressources
Bob Gardner (Toronto)	Membre, Conseil consultatif sur la mesure du rendement
Gilbert Sharpe (Toronto)	Membre, Comité de gestion et des ressources

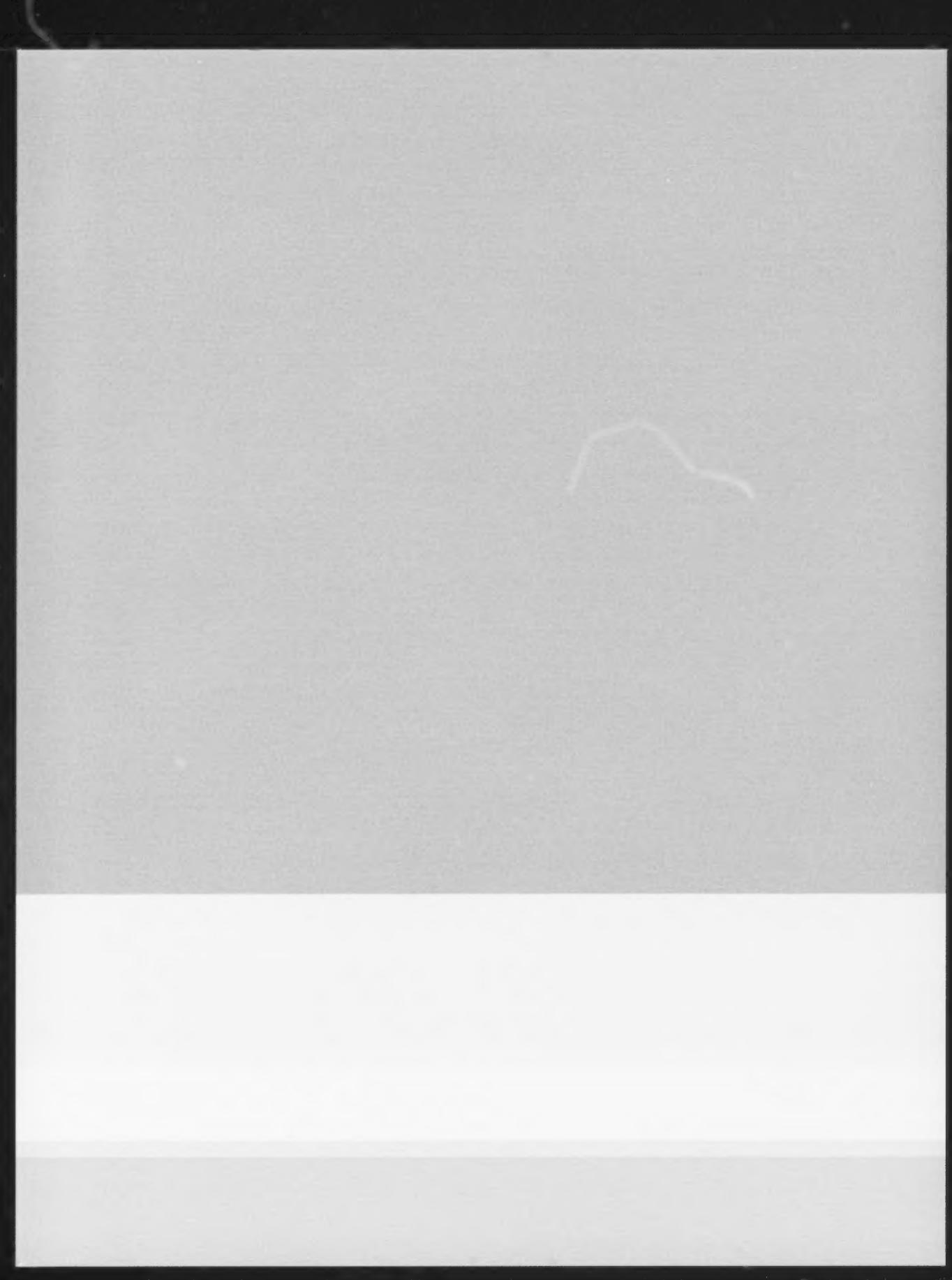
Les biographies sont disponibles à <http://www.ohqc.ca/en/governance.php>.

Administration

Ben Chan	Chef de la direction générale
Nizar Ladak	Administratrice en chef des opérations
Imtiaz Daniel	Directeur de la recherche
Eileen Patterson	Directrice, Amélioration de la qualité

Mandat

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a pour mandat, en vertu de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, d'informer les Ontariennes et Ontariens sur l'état de notre système de santé financé par les deniers publics, dont l'accès aux services de santé, les ressources humaines en santé, la santé de la population et les résultats du système de santé. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé préconise également l'amélioration continue de la qualité du système de santé.



**CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ
DES SERVICES DE SANTÉ**
130, rue Bloor ouest, bureau 702
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Téléphone : 416 323-6868

Sans frais : 1 866 623-6868

Télécopieur : 416 323-9261

Courriel : ohqc@ohqc.ca

www.ohqc.ca

ISSN 1913-0023 (imprimé)

ISBN 978-1-4435-2384-4 (imprimé, 2010 ed.)

ISSN 1913-0031 (en ligne)

ISBN 978-1-4435-2385-1 (PDF, 2010 ed.)

Édition imprimée de la Reine pour l'Ontario, 2010